

Année 1898

THÈSE

N°

526

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure.

PAR

G. BROSSET

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique Baudelocque

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Mention honorable de l'Académie de Médecine

(Prix de l'Hygiène de l'enfance, 1894)

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Après l'accouchement spontané à terme ou près du terme

Président : M. PINARD, professeur,

Juges : MM.

*{ POTAIN, professeur.
DÉJÉRINE et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

526

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure.

PAR

G. BROSSET

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique Baudelocque

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Mention honorable de l'Académie de Médecine

(Prix de l'Hygiène de l'enfance, 1894)

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Après l'accouchement spontané à terme ou près du terme

Président : M. PINARD, professeur,

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
DÉJÉRINE et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par notre maître et ami le docteur Lepage. Le sujet doit en être ainsi entendu : De la délivrance artificielle chez les femmes à terme ou près du terme accouchant spontanément d'enfants vivants ou morts au cours du travail. Nous comprenons néanmoins dans notre statistique les cas de présentation du siège. Le peu de dangers pour la mère qu'offre l'extraction et l'abaissement du pied ne peut en rien fausser l'étude du pronostic de la délivrance artificielle.

Mais nous éliminons de notre sujet.

1° La délivrance artificielle post-abortive.

2° La délivrance artificielle chez les femmes ayant accouché d'un fœtus mort pendant la grossesse.

3° La délivrance artificielle post-opératoire. Ici on profite du sommeil chloroformique dans lequel se trouve plongée la femme pour extraire le fœtus et le placenta. Elle peut dès lors être laissée au repos sans être menacée d'une nouvelle intervention que nécessite parfois l'inertie utérine due au chloroforme.

Restreinte à ces données notre étude comprendra deux parties :

A) Une étude clinique où après un court aperçu his-

torique nous passerons en revue les indications et le manuel opératoire de la délivrance artificielle :

B) Une étude statistique où, dépouillant les observations, nous indiquons quelle est la fréquence de la délivrance artificielle, les faits les plus saillants des observations colligées, enfin le pronostic qui comprendra à la fois l'étude de la mortalité et de la morbidité de l'opération.

Avant d'entrer dans notre sujet il nous est agréable de nous conformer à l'usage qui veut que du seuil de la Faculté qu'on va quitter, on évoque le souvenir des maîtres qui vous ont guidé de leurs conseils, instruit de leur expérience.

Notre premier regard sera pour MM. les professeurs de l'École de Grenoble qui nous ont initié à l'étude de la médecine. Nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris n'ont pas moins droit à notre gratitude. Que MM. Routier, Hayem, Mauriac, Ferrand, Delens veuillent bien recevoir ici l'expression de ma plus vive reconnaissance pour les excellents conseils qu'ils nous ont donnés pendant le temps que j'ai passé dans leurs services comme stagiaire ou comme externe.

Une année d'externat dans le service du docteur Faisans ne s'oublie jamais lorsqu'on est livré dans la pratique, aux difficultés de la clinique. Nous ne saurons dire, cependant, ce que nous avons le plus admiré chez ce maître, de l'amabilité courtoise de l'homme ou de cette rare intelligence clinique qu'il possède à un si haut degré et qu'il a le talent de divulguer avec tant d'attrait dans ces causeries au lit du malade.

M. le professeur Pinard a tant de droits à notre re-

connaissance que nous ne savons comment nous acquitter de notre dette envers lui. Il a bien voulu nous réserver une place comme externe dans son service et pendant tout le temps que nous avons suivi son enseignement de près ou de loin sa sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie. A l'heure actuelle il nous donne une nouvelle preuve de sympathie, en nous faisant l'honneur de présider notre thèse, dont les observations ont été prises dans ses archives de la Clinique Baudelocque, libéralement ouvertes à nos recherches.

Nous devons également remercier MM. Varnier Potocki, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise qui ont aussi contribué à notre éducation obstétricale.

Que MM. Polaillon, Deny, auprès desquels nous avons été appelé comme interne pendant notre année de provisoariat veuillent bien recevoir nos meilleurs sentiments de gratitude.

Mais il est un maître qu'il nous est particulièrement doux de remercier : Le docteur Lepage, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux.

Depuis notre année d'externat à Baudelocque, alors qu'il remplissait les fonctions de chef de clinique, il n'a cessé de nous témoigner les preuves de l'amitié la plus précieuse. Il nous a guidé et soutenu avec une si bienveillante sollicitude que nous ne l'oublierons jamais. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de mon profond et respectueux attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543727_0035

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION

On désigne sous le nom de délivrance artificielle l'opération obstétricale qui consiste à introduire la main dans la cavité utérine après l'expulsion de l'enfant, pour détacher le placenta et l'extraire.

L'expression de délivrance artificielle que nous avons conservée en France semble, en la prenant à la lettre, devenir équivoque depuis que, par des procédés externes, on a conseillé et pratiqué le décollement artificiel du placenta. Quoi qu'il en soit le mot de délivrance artificielle ne laisse dans l'esprit de personne aucun doute sur la nature de l'opération.

HISTORIQUE

La pratique d'introduire la main dans l'utérus pour détacher le placenta, totalement adhérent ou incomplètement décollé, a été mise en œuvre depuis fort longtemps. Mais ce n'est guère que vers le milieu du xix^e siècle qu'on voit ses indications se préciser avec un peu de netteté, son manuel opératoire se régler d'une façon à peu près complète. Jusqu'à Portal et Peu, en effet, l'extraction immédiate et forcée du délivre est la règle à peu près généralement suivie dès que l'enfant est expulsé. Toute la période de délivrance est tourmentée de procédés artificiels. Rien n'est laissé à la nature dans cette partie de l'accouchement, on violente la matrice par des tractions imprudentes et intempestives du cordon, on tourmente la femme par des efforts de vomissements, de toux, d'éternuements qu'on provoque chez elle par des breuvages ou des médicaments appropriés. La délivrance artificielle était l'ultime ressource des accoucheurs dont les tentatives immodérées avaient rompu le cordon. Quelques-uns même préférèrent faire usage de drogues auxquelles on donnait, d'une façon toute empirique, la propriété de faire expulser l'arrière-faix, soit de par une vertu spéciale, soit en provoquant des efforts de toux, de vomissements ou d'éternuements.

L'histoire de la délivrance artificielle est donc, au moins à ses débuts, liée à celle de la délivrance en général,

A l'exemple de Riedel (1), suivi en cela par Chantreuil (2), Ramanari (3) et Ribemont-Dessaignes (4), nous la diviserons en quatre périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE. — La première période comprend l'antiquité et le moyen-âge. C'est tout à fait l'enfance de l'art. Aucune indication précise ne dicte les accoucheurs. L'insuffisance des données anatomiques et physiologiques les plus élémentaires livrait au hasard de l'empirisme la conduite à suivre. Bien plus, la pratique de l'art des accouchements livrée à des matrones enlevait alors aux meilleurs esprits l'expérience qui, seule, eut pu faire progresser leur art. Manquant de ces deux bases solides, les accoucheurs se trouvaient réduits aux seules ressources de leur imagination. Aussi à côté de vues ingénieuses trouve-t-on les idées les plus bizarres et les pratiques les plus extravagantes.

Hippocrate ne cite guère que la pratique bien connue des deux outres (5), et quelques médicaments qu'il considère comme provoquant l'expulsion de l'arrière-

(1) Riedel : *Verhandlungen der Gesellschaft, für Geburtshülfe in Berlin* 1847.

(2) Chantreuil : *Étude sur l'expression utérine comme moy. de délivrance*. *Arch. génér. de Méd.* 1870, T. II p. 402.

(3) Ramanari : *Thèse Paris* 1876.

(4) Ribemont-Dessaignes : *Thèse d'Agrég.* 1883.

(5) Hippocrate. *Œuvres trad. Littré*. Tome 8, paragraphe 8.

faix. Il attire l'attention sur le pronostic sombre de la rétention placentaire (1).

Les successeurs d'Hippocrate suivent à peu près la même méthode et donnent la préférence aux moyens médicaux.

Soranus est le premier auteur qui, vers la fin du premier siècle après J.-C., ait donné une ligne de conduite à peu près complète à suivre et des indications d'un rare bon sens pour cette époque. Aussi ne pouvons-nous faire autrement que de citer tout au long un passage qu'il consacre à la rétention placentaire.

«... Si le cordon ombilical est conservé, il faudra confier l'enfant aux mains d'une assistante et enlever le linge (qui couvre l'accouchée). Et chaque fois qu'il faudra introduire la main, elle ira le long du cordon comme guide jusqu'à l'adhérence du placenta; il faudra, en recommandant à l'accouchée de coopérer à l'opération, introduire la main jusqu'au placenta, la porter légèrement et sans effort tout autour de lui et le détacher sans faire de déchirures. Si l'opération exige un certain temps, il faudra détacher l'enfant et agir comme nous venons de le dire. S'il n'y a pas d'adhérence, il faut également détacher l'enfant. (Le cordon) qui est pendant, devra être saisi et attiré doucement en suspendant la traction quand l'orifice se resserre, en le reprenant quand il s'ouvre de nouveau. Si rien ne prémine, si le cordon a été séparé, arraché du placenta il

(1) Hippocrate. *Loc. cit.* Tome VII, p. 347. De la nature de la femme.

faudra introduire la main bien huilée dans l'utérus et si l'adhérence a été rompue et si le chorion s'est enroulé dans l'utérus, il faut le saisir et l'attirer ; si les doigts étendus rencontrent des adhérences, il faut les avancer doucement entre le chorion et la matrice tout à l'entour et les rompre ainsi. Ceux qui, maladroitement, font des tractions directes produisent des inversions utérines. Mais si les secondines ne cèdent pas à des tractions modérées, l'orifice utérin s'étant fermé, ou si une inflammation est survenue, il faut chercher à obtenir la guérison en employant des injections, des cataplasmes appliqués sur les parties et une nourriture douce. Quant l'inflammation aura cessé, ce corps étranger putréfié par l'humidité sortira. Il en est de même ici que dans les luxations articulaires dont la réduction ne cède aux tractions que quand l'inflammation a été calmée, à moins toutefois que des racines nées de strumes n'aient fait pousser des racines (adhérences) qui le retiennent et que quelques-uns laissent jusqu'à ce qu'elles aient été dissoutes par la putréfaction dans l'humidité. Le chorion dont l'adhérence à la matrice est constitué par des vaisseaux doit être extrait par la force, il ne faut pas espérer le relâchement lorsque la putréfaction a commencé à se faire peu à peu à sa circonférence » (1).

Aëtius rapporte d'après *Philumenus* les règles suivantes pour l'extraction de l'arrière-faix retenu. Il conseille d'introduire la main chaude et graissée dans l'uté-

(1) *Soranius*. Traité des maladies des femmes. Trad. Hergott, 1893, p. 79, chap. XXII. de la rétention des sedines.

rus et de détacher le placenta en le tirant obliquement et sans trop de violence. Si l'orifice utérin est refermé il enseigne d'introduire d'abord un doigt, puis deux, puis toute la main et de frotter l'orifice avec de l'huile chaude (1). Si ces moyens ne réussissent pas il a de nouveaux recours aux sternutatoires, aux fumigations de substances aromatiques au dessous de la vulve et à l'outré appliquée sur le ventre. Si on ne réussit pas avec ces moyens. il ne faut pas trop insister, car le placenta sortira corrompu après 3 à 4 jours.

Paul d'Egine que les arabes appelaient « vir obstetric » et qui au dire de Freind est le premier exemple d'un homme ayant fait le « métier de sage-femme » donne à peu près les mêmes conseils. Il ne veut pas qu'on s'obstine à extraire le placenta lorsque les premières tentatives n'ont pas abouti. Il ne tardera pas à sortir putréfié de l'utérus (2).

Moschion (3). répète à peu de choses près Aëtius et Soranus : Traction sur le cordon, puis introduction de la main et décollement du placenta, ou bien laisser le tout en place et attendre la putréfaction de l'arrière faix. La médecine arabe encore plus confiante dans l'expulsion spontanée du placenta délaisse peu à peu la délivrance artificielle.

Avicenne (4) assure par deux fois que le placenta

(1) Aëtius : tétrabiblion. IV. Sermon 4, chap. 24, p. 858.

(2) Paul d'Egine : Epitome, Liv. VI. Chap. 75. —

(3) Moschion: Traité de la matrice. Gynéc. T. I. part. 2 chap. 14.

(4) Avicenne : Liv. III, chap. 6, p. 897.

abandonné aux soins de la nature ne tarde pas à sortir dans un état de putréfaction. Pour favoriser son expulsion on a recours aux injections (1), aux sternutatoires, aux efforts de toux, etc. L'école de Salerne suit la même voie et donne la prépondérance aux moyens médicaux dans les cas de rétention placentaire.

Constantin l'Africain (2) dont la volumineuse compilation ne contient qu'un court chapitre sur la rétention placentaire (*De secundinae exitu*) ne parle même pas de l'intervention manuelle.

Trotula, la fameuse sage femme de Salerne (*Liber curandarum ægitudinum mulierum ante, in et post partum*), indique de recourir aux fumigations avec des sabots de chevaux, avec des excréments de chats, ou des herbes qu'on calcine.

Au ^{xiv}^e siècle il semble qu'on ait quelques tendances timides à recourir à des pratiques plus rationnelles tout en continuant à donner une série de médicaments qui n'ont de sérieux que l'importance illusoire qu'on y attachait.

Gordon, de Montpellier (3), ne néglige pas complètement, comme l'avaient fait ses prédécesseurs, l'intervention manuelle.

« Après avoir plongé sa main dans l'huile de lin, l'accoucheur l'introduit dans la matrice et extrait le placenta peu à peu et sans violence ».

(1) Albucasis : *De affect. mul. Gynaec. T. II. Chap. 78, p. 499.*

(2) Constantin : *De morbi cog. et curat. Lib. VI, chap. 17.*

(3) Gordon : *Corpus liliū medicinae. — Cap. de retent. secundinae.*

Il en est de même de *Guy de Chauliac* : Après avoir fait éternuer la patiente et « fumigé » la matrice « que l'on recommande à la sage-femme, dit-il, qu'elle plonge sa main dans l'huile de Sésame, ou dans le mucilage de guimauve et qu'elle la mette dans la matrice et le (l'arrière-faix) prenne doucement. S'il est attaché qu'on en tire ce qu'on pourra tirer et le demeurant soit curé avec des remollitifs, comme est ragelur de l'onguent basilicum, car il pourrira dans quelques jours et sortira ainsi ».

Savonarole (1) appelle l'attention sur le danger de la rétention placentaire : « Ex retentione secundinæ mulier ita mortis periculum œcurit ».

II^e PÉRIODE. Elle comprend les xvi^e et xvii^e siècle. Une intervention hâtive la caractérise. Néanmoins les auteurs font preuve non seulement d'une érudition étendue, mais encore d'une certaine originalité. Ils ne se contentent plus de citer les anciens, mais racontent ce que leur a appris leur expérience personnelle. La sage-femme n'est plus la seule ressource des femmes en couches, le médecin est appelé à juger et à opérer dans les cas difficiles de l'obstétrique, Les mauvais effets de la rétention placentaire peu à peu connus, et les craintes de voir « l'orifice » se refermer, conduisent la plupart des accoucheurs de ce temps à une intervention manuelle immédiate; la main est introduite dans l'utérus dès l'expulsion de l'enfant.

(1) Savonarole. *Practica major*.

Jacques Rueff (1) attire l'attention sur les accidents qu'occasionne la rétention des membranes et de l'arrière-faix Il cite comme tels l'apoplexie, la syncope, l'épilepsie.

Ambroise Paré montre de même combien graves sont ces cas « pour ce qu'il s'élève vapeurs et fumées putréfiées et corrompues qui montent au cœur et au cerveau par quoi la dite mère tombe souvent en syncope, en évanouissements dont souvent est suffoquée et rend l'esprit. »

Après avoir rapidement énuméré les moyens médicaux utilisés contre la rétention placentaire, il engage les accoucheurs à introduire « la main doucement dedans la matrice et... prendre l'edit chorion et le tissu hors et entier s'il est possible. Et là où il serait encore adhérent et attaché par la traction desdits veines et artères contre la matrice il faudrait déprimer et séparer sans violence avec les doigts nécessairement et l'extraire hors pour obvier et éviter les accidents prédits.

« L'experte et réfléchie » *Louise Bourgeois*, comme l'appelle Haller, consacre un long chapitre à la délivrance : « L'accouchement est une grande chose, dit-elle, mais la délivrance est toute autre, c'est pourquoi je désire en traiter amplement » (2).

La ligature du cordon pratiquée et l'enfant « mis de côté » elle applique la main sur l'utérus pour le redres-

(1) Rueff : De conceptu et generatione hominis figure 1554.

(2) Louise Bourgeois : Obs. diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchements etc... 1642, Ch. XIV p. 73.

ser et « le ramener doucement du côté du ventre comme en manière d'une friction branlante », puis elle pratique des tractions sur le cordon. La délivrance artificielle n'est pratiquée que « si trois extrémités ne m'y contraignent. L'une est *une perte de sang* à la femme, l'autre serait si elle avait des convulsions et l'autre qu'une fièvre l'eust desseiché et rendu adhérent » le placenta (1).

Guillemeau (2) donne à peu près les mêmes conseils que son maître A. Paré. Il pratique la délivrance immédiate et recommande pour obvier aux accidents de rétention placentaire d'extraire l'arrière-faix « en le maniant et esbranlant toujours ».

Mauriceau. Deux circonstances l'engagent à pratiquer la délivrance artificielle ; la rupture du cordon et l'impuissance des tractions sur cet organe. Ce dernier cas relève plutôt pour lui de la coarctation de l'orifice que de l'adhérence du placenta à la matrice (3).

« Le plussouvent, dit-il, ce n'est pas tant l'adhérence de l'arrière-faix à la matrice qui le retient ainsi au dedans, que c'est la seule contraction de son orifice interne en la partie intérieure duquel il se fait quelquefois immédiatement après la sortie de l'enfant un fort étranglement semblable à celui qu'on voit au milieu d'une calebasse ». Dans ces cas il conseille de dilater doucement, avec un ou deux doigts, l'orifice interne et « si la matrice à cause qu'elle est trop enflammée, ne peut

(1) *Loc. cit.* page 76.

(2) *Guillemeau* : De la grossesse et de l'accouchement des femmes Paris : 1598-1643.

(3) *Mauriceau* : Traité des maladies des femmes grosses, etc. Paris 4^e édit. 1694. Chap. VIII.

être assez dilatée pour l' (le placenta) aller quérir sans violence on commettra l'opération à la nature, lui aidant par le moyen de remèdes qui le feront suppurer »

Au cours de la délivrance artificielle, dans les cas où le placenta adhère fortement à la matrice il recommande de « laisser plutôt quelque portion de cet arrière-faix que d'écorcher ou d'égratigner la moindre partie de la substance de la matrice ».

Cosme Viardel (1), qui n'était pas docteur, fait dans le chapitre qui a trait à la délivrance un mélange extraordinaire d'excellentes remarques et de choses absurdes qu'il avait entendu raconter aux sage-femmes et qui lui valurent quelquefois d'acerbés critiques de la part de Portal.

Portal (2), dont le livre n'est qu'un recueil d'observations comme celui de Viardel, donne une ligne de conduite à suivre excellente pour l'époque. Il semble dans les cas ordinaires intervenir d'une façon moins hative. « Quand donc l'arrière-faix ne *vient point* il est nécessaire de le tirer et de l'aller quérir ».

Dans les cas d'adhérence du placenta « il vaut mieux introduire la main et aller détacher l'arrière-faix que de tirer sur le cordon qui peut amener un renversement de matrice ».

Il blâme l'usage des sternutatoires et autres moyens médicaux venus de la médecine arabe « Dieu sait si la poudre avait joué son jeu, » dit-il ironiquement, en parlant d'une observation malheureuse de Viardel. « Je ne

(1) Viardel : Observation sur la pratique des accouchements naturels, contre nature et monstrueux. Paris 1674

(2) Portal : La pratique des accouchements, etc. . Paris, 1682.

crois pas, ajoute-t-il, qu'on doive suivre cette méthode pour délivrer les femmes quand il y a de la difficulté à la sortie de l'arrière-faix, si ce n'est que les passages se fussent extrêmement resserés, et quand cela serait, il y a des choses plus convenables que la poudre sternutatoire ». Ne devait-il pas plutôt, dit-il en parlant de Viardel, introduire doucement ses doigts et même la main dans la matrice et aller séparer l'arrière-faix et le tirer avec ses doigts doucement et artistement que de la tourmenter comme il fit ».

Il décrit ainsi le manuel opératoire de la délivrance artificielle. Après avoir oint d'huile ou de beurre frais les doigts tenus bien serrés et étendus, il faut suivre le cordon qui conduit à l'arrière-faix. « Quand on y est parvenu, si on le trouve attaché, il faut glisser les doigts de la main droite vers la partie déclive et tâcher de le séparer doucement et peu à peu, ce qui se fait de même que quand on sépare la pulpe de l'écorce d'une orange aigre, ou de la Chine ». Il recommande d'agir promptement pour ne pas laisser à la matrice le temps de se refermer, et de ne rien laisser dans l'utérus ni placenta ni membrane, « parce qu'il en pourrait arriver deux fâcheux accidents : le premier, que s'il en restait quelque partie attachée à la matrice, il s'y pourrait faire corruption et gangrène... l'autre accident qui arrive, est lorsqu'il reste de l'arrière-faix, ce qui cause une perte de sang qui vient par l'ouverture des vaisseaux qui se trouvent à cette portion du placenta, laquelle perte nes'arrête jamais que ce corps étranger ne soit séparé ».

Peu, après avoir établi que « la nature se délivre elle-même de cette masse inutile (le placenta) » trouve que parfois la délivrance donne lieu à une série d'obstacles « si grands que pour les surmonter ce n'est point trop d'une expérience consommée ». Le premier, il attache une importance très grande à ce que « le délivre vienne sain et entier ». Dans les cas de rétention placentaire il fait la délivrance artificielle et n'hésite pas à réintroduire la main dans l'utérus, s'il reste des membranes. Dans les cas d'enchâtonnement qu'il a le premier signalé, il conseille d'intervenir de suite de peur que « la bourse ne se referme (1) ».

III^e PÉRIODE. — Elle s'étend du commencement du XVIII^e siècle au début du XIX^e. A l'intervention hâtive de la période précédente succède la méthode expectante déjà commencée, quoique timidement, par Portal. Quelques rares esprits seulement n'adoptent pas les idées nouvelles, tel *Clément*. Quoique n'ayant rien écrit, nous avons d'après *Puzos* (2), son élève, quelques renseignements intéressants sur la pratique de la délivrance. Il intervient dès l'expulsion terminée, avant même de lier le cordon comme Mauriceau, mais pour des motifs tout différents.

Dionis (3) lui aussi veut que l'on fasse la délivrance immédiatement après l'expulsion du fœtus. Mais il se résout difficilement à faire la délivrance artificielle par-

(1) *Peu*. La pratique des accouchements. Paris, 1694.

(2) Voir à ce sujet *Puzos*. page 152.

(3) *Dionis*. Traité général des accouchements, 1718, p. 219, chapitre, le moyen d'avoir l'arrière-faix.

ce que « cette opération est très douloureuse », et il ne l'emploie guère qu'en cas de rupture du cordon. Dans le cas d'adhérence du placenta il recommande de « l'ébranler de côté et d'autre afin de l'obliger à se détacher petit à petit » et « de prendre patience. Il se passe quelquefois des heures entières avant qu'il se détache ».

Le représentant le plus autorisé de cette période est certainement *Ruysch*. Le savant anatomiste hollandais crut donner à cette méthode expectante une base anatomique en décrivant dans le fond de l'urérus un muscle spécial (1) qu'il supposa chargé d'expulser le placenta. Fort de sa découverte, il annonça au monde savant que la délivrance était un acte physiologique et devait être abandonnée à la nature. Cette conduite qui porta plus tard le nom de méthode Ruysch ne consiste pas cependant à une inaction complète de l'art (2).

« Je crois, si je ne me trompe, dit Pasta (3), que cet habile praticien s'interdisait non seulement toute violence remarquable, ou trop notable, selon l'expression de Mauriceau, mais qu'il évitait même toute opération qui aurait eu le plus léger caractère de violence, dans la crainte sans doute qu'elle ne fut plus nuisible que la rétention du délivre. Si, en opérant avec tant de prudence et de modération, il ne parvenait point à délivrer la femme ; pour ne point la mettre en danger de perdre la

(1) On en trouve la description détaillée dans : *Tractatio anatomica de musculo in fondonteri*, etc... Amsterd. 1726.

(2) Voir *Advers. anat.* Dec. 2 p. 30.

(3) Pasta : *Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes* tr. Alibert, An VIII.

vie, il laissait à l'utérus le soin d'expulser l'arrière-faix, non par le prétendu muscle du fond, car il n'en avait pas encore parlé lorsqu'il introduisit sa méthode et il ne croyait guère à son existence dans son extrême vieillesse, mais il comptait sur l'action des plans musculaires, dont se compose l'utérus et qu'il avait soin de ne pas froisser par l'introduction de ses mains ».

Néanmoins l'intervention était peu fréquente et très modérée, car l'auteur affirme avoir vu beaucoup d'accouchées retenir sans danger le délivre, les unes pendant plusieurs jours les autres plusieurs semaines, d'autres enfin plusieurs mois et s'en délivrer ensuite heureusement Il assure encore qu'il n'a jamais vu de femmes mourir pour avoir gardé l'arrière-faix un espace de temps quelconque. Ce témoignage tardif (1) d'un homme aussi sincère, honoré d'une si haute considération pendant 50 ans, professeur dans l'art des accouchements et chargé de présider à l'instruction des sages-femmes, frappa vivement les esprits. Une lutte parfois violente s'engagea entre ses partisans et ses adversaires. De nombreux opuscules furent publiés à cette époque sur ce sujet. Pour Ruysh se déclarèrent : *Abr. Vater* (2), *Hecquet* (3), *Cohausen* (4) et *Leporinus* (5) luttèrent contre lui.

L'influence de Ruysh fut néanmoins considérable dans son pays et P. E. Kok, au xix^e siècle, pouvait

(1) Il était plus que nonagénaire quand il a écrit cela.

(2) Vater : *Epistol gratulatoria*, etc. Amst. 1727.

(3) Hecquet : *Epistola ad D.* Amst. 1727.

(4) Cohausen : *Lucina Ruyschiana*, etc... Amst. 1731.

(5) Leporinus : *Kurtze Erörterung einiger*, etc... Leipz. 1728.

dire encore : « En Russie, en Angleterre et presque par toute l'Allemagne on porte la main dans la matrice pour en extraire le délivre sans qu'il en résulte de grands inconvénients. En Hollande, au contraire, on a une confiance étonnante dans la nature et on lui confie peut-être trop généralement le soin d'expulser le placenta » (1).

Deventer, cependant pratique d'emblée la délivrance artificielle en introduisant la main dans l'utérus (2). Il énumère, pour expliquer sa conduite, une série de huit arguments dont les principaux sont : la peur de voir l'orifice se resserrer et empêcher la main de pénétrer sans traumatiser la femme ; l'abri que leur offre cette pratique contre l'inversion utérine ; la rapidité de la délivrance ; enfin du même coup, et sans être obligé de réintroduire la main, il peut « faire dans la matrice ce que (j'ai) il a coutume après l'extraction de l'arrière-faix », c'est-à-dire « savoir si l'arrière-faix est adhérent ou non, ou bien s'il n'y a plus dans la matrice d'autres enfants, morts ou en vie, quelque môle, ou quelque corps hétérogène, et « s'il ne reste pas quelque partie de l'arrière-faix, des membranes ou quelques grumeaux de sang ».

Heister (3) rejette les tractions sur le cordon et conseille, si l'arrière-faix ne sort pas immédiatement après l'enfant, de pratiquer la délivrance artificielle.

(1) P. E. Kok · Dissertation sur le danger qui peut résulter, etc... Bruxelles, 1806.

(2) Deventer (Henry de) : Observ. importantes sur le manuel des accouchements. Traduits du latin par J. J. Bruier d'Albaincourt, 1739.

(3) Heister : Institution de chirurgie, traduct. Paul, 1770.

« Il est à craindre, ce qui arrive effectivement souvent, que l'orifice ne se ferme très vite ». Il décrit un procédé de décollement connu depuis sous son nom : « S'il était trop fortement adhérent par ses bords pour qu'on put le détacher par là, on le percerait dans son centre avec les doigts et on le décollerait après, ainsi qu'on vient de l'expliquer ».

Mais il recommande dans toutes ces opérations la plus grande douceur possible et dans les cas où, avec cette restriction, on ne peut avoir le placenta il s'adresse « aux médicaments fortifiants et expulsifs ». parmi lesquels il cite « le foie et le fiel d'anguilles brûlés et pulvérisés ».

Mesnard (1), comme Deventer, introduit immédiatement la main dans l'utérus pour extraire le placenta décollé ou non. Dans les cas d'adhérences trop intimes à l'utérus « il est d'une nécessité absolue d'en abandonner l'expulsion à la nature ».

Vers le milieu du même siècle les méfaits d'une attente trop prolongée ramènent les esprits vers une discussion vive : celle de savoir s'il faut intervenir dans tous les cas dès l'expulsion du fœtus, ou abandonner la délivrance à la nature et n'intervenir que dans des cas bien définis. Ce débat scientifique que Ruysch avait fait naître continua de plus bel, passionnant alors tous les accoucheurs. Le nombre de dissertations et d'articles de journaux, publiés dans ce temps à ce sujet, montre quelle importance on y attachait. La lutte dût être vive, l'animosité grande, car on lit dans la thèse

(1) Mesnard : Le guide des Accoucheurs ou le Maître dans l'art d'accoucher les femmes et de les soulager, etc., 2^e édit. Paris, 1753. p. 203.

de Stoltz que l'auteur d'une lettre latine sur ce sujet l'appelle « déplorable dispute ». *J. L. Gehler* fit soutenir l'intervention hâtive par deux thèses inspirées à ses élèves. *Harttramff* (1) soutint en 1735 à Liepzig sa thèse sur la nécessité de faire aussitôt l'accouchement l'extraction d'un placenta adhérent. Stuart (2) est du même avis.

« A Gottingue, dit Siebold (3), *Appun* (4) (1768) s'éleva dans sa dissertation, sous la présidence de R. A. Vogel, contre l'opinion régnante ; il en fut de même de *Jodoc Erhart* (5), accoucheur de la Souabe. Mais, celui qui s'éleva le plus vivement contre les abus, fut *Mcléh-Aepi* (6) qui démontra le mieux les inconvénients et les dangers d'une intervention hâtive ».

Ræderer (7) mit à profit ces discussions en optant pour une opinion éclectique. Il distingue trois séries de cas :

1° Ceux où l'on doit délivrer de suite ;

2° Ceux où la délivrance doit être abandonnée à la nature ;

3° Ceux où le placenta est resté longtemps dans la matrice.

La délivrance immédiate est déterminée par la las-

(1) Voir Th. de Haller. Trad. Macquard, 1757, T. II, p. 74.

(2) Stuart : De secundinis. Strasb., 1736.

(3) Siebold : Essai d'une hist. de l'Obstetricie. Trad. Hergott. T. II p. 443.

(4) De non acceleranda secundinarum extractione Gott. 1768, in-4°.

(5) Sammlung Beobachtungen zur Geburtsh. Frankf. u. Leipz. 1773, in-8°.

(6) Die sichere Zurücklassung der Nachgeburt etc. Zurich, 1776. in-8°.

(7) Élément de l'art des accouch. Paris, 1765, in-8°.

situde de la femme sur sa chaise et l'hémorrhagie occasionnée par le décollement partiel du placenta.

Elle est abandonnée à la nature, quand on ne craint aucun accident. Enfin dans les cas où le placenta est demeuré longtemps dans la matrice, il repousse les tractions sur le cordon par crainte d'hémorrhagie ou d'inversion utérine et recommande la délivrance artificielle.

« On a tort de craindre, dit-il, que la main qu'on introduit dans la matrice ne fasse du mal à la femme ».

En France, *Puzos*(1) suivait une conduite bien nette. Il y a des cas, où l'on est dans l'obligation de porter la main dans la matrice pour saisir le placenta « Quand, par exemple, le cordon casse du côté du placenta ou bien lorsque ce corps charnu est tellement adhérent que ni les secousses, ni les efforts, ni le temps n'ont pu le décoller du fond de la matrice. On y est encore obligé lorsque le placenta à demi décollé résiste par la portion qui tient encore et qu'il occasionne une perte de sang abondante et des faiblesses ou enfin lorsqu'il court risque d'être lacéré et de ne sortir qu'à moitié ».

Dans les cas d'adhérence du placenta il ne pense pas « qu'il soit aussi dangereux qu'on l'a cru d'abandonner aux ressources de la nature et à celles du temps le placenta qu'il n'a pas été possible de tirer dans l'espérance que l'un et l'autre parviendront à l'expulser. Cependant quelques malheurs dont il a été le témoin « tels que inflammations de la matrice et fièvres dangereuses » le font décider « qu'on ne doit jamais commettre aux soins de la nature un placenta adhérent

(1) *Puzos* : Traité des accouchements, Paris, 1759. Chap. XIII.

quand il est possible de l'aller chercher avec la main. » Il ne s'y détermine cependant qu'après « avoir tenté quelque temps à ébranler le placenta par les secousses du cordon, par les efforts que l'on fait faire à la mère ».

Levret (1) n'a recours à la délivrance artificielle que « lorsque le cordon a été rompu ou lorsque quoique entier il n'est pas en état de servir à l'extraction du placenta. » Il ne semble guère croire au resserrement tardif de l'orifice, car il dit : « de même que la vessie urinaire, le corps de la matrice est antagoniste à son col et celui-ci à celui-là... en sorte que tant que le corps de la matrice sera dans l'inertie son sphincter propre sera contracté mais sitôt que le col de ce viscère viendra à se contracter les parois de son orifice seront obligées de lui céder ; d'où il résulte que contre l'opinion commune, moins il y a de temps que l'enfant est sorti de l'utérus et plus la circonférence de l'orifice de ce même utérus oppose de résistance à la sortie du placenta, au lieu que plus il y a de temps que l'enfant est sorti et moins le col utérin résiste à l'expulsion ou à l'extraction du placenta » (2).

Pour pratiquer l'opération une main est introduite dans l'utérus entre les membranes et la paroi, le dos de la main tournée vers cette dernière ; l'autre main sur l'abdomen pour empêcher « la matrice de reculer. » Le premier il attire l'attention sur la saillie de l'utérus au niveau de l'attache du placenta enlevé et recommande

(1) *Levret*. : Méthode de délivrer les femmes après l'accouchement. *Mémoires de l'Acad. roy. de chirurgie*, 1757. T. III.

(2) *Levret*. Abus des règles, etc, p. 177.

de ne pas prendre « ces élévations en forme de crêtes qui se trouvent toujours en plus ou moins grande quantité et quelquefois même d'un volume considérable à la paroi de la matrice où le placenta était implanté » pour des débris d'arrière faix.

Deleurye imite la conduite de Levret, et ne pratique la délivrance artificielle que dans les cas où le cordon est cassé ou incapable d'extraire le placenta (1).

IV^e PÉRIODE. — Elle débute avec le siècle et s'étend jusqu'à nos jours. Tout le monde s'accorde à laisser à la nature le soin d'expulser le placenta comme l'enfant dans les cas ordinaires. La délivrance devient une période de l'accouchement ayant une certaine durée. L'intervention n'est réservée qu'aux accidents qui peuvent se montrer au cours de cette dernière. Cette grande règle ne trouve guère que quelques détracteurs : Barnette (2) pratique la délivrance immédiate ; Giraud (3) et Clauzure (4) introduisent la main dans l'utérus, le premier six minutes au plus après l'expulsion, le second immédiatement après celle-ci. Mais si la majorité des accoucheurs reconnaissent que l'intervention doit être subordonnée aux indications, cette même donnée est loin d'aboutir au même résultat. Les indications ne

(1) Deleurye. traite des accouchements en faveur des élèves. 1770. p. 280

(2) Barnette. Considerat. pratiq. sur la délivr. in *Journal de*

(3) *Annales de la soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Loire. méd. de Bordeaux*, nov. 1843.

(4) Clauzure. De la dél. immédiate comme moyen préventif de la fièvre puerpérale. *Union méd.* T. XXIII, 1864.

varient guère, mais l'intervention en elle-même et son opportunité sont loin d'être un sujet d'entente.

L'hémorrhagie, même dont la pressante indication à intervenir par la délivrance artificielle avait, depuis Louise Bourgeois, été à peu près universellement acceptée devint, à ce sujet, un objet de controverses. Lacour (1) s'efforça de démontrer que la délivrance artificielle ne pouvait qu'augmenter l'inertie et par suite la perte. L'inertie cause de l'hémorrhagie, dit-il naissant du vide qui se fait après la sortie du fœtus; loin de corriger ce vice, l'extraction des secondines ne peut qu'y ajouter puisque, par son absence, le vide sera plus considérable. Ces idées ne furent généralement pas acceptées, mais firent de l'hémorrhagie de la délivrance, une question d'actualité. Elle le devint plus encore à la mort de la princesse Charlotte d'Angleterre qui succomba à une hémorrhagie après la délivrance. Au début de l'année 1818, la Société de médecine de Paris mit en effet deux fois au concours le sujet des hémorrhagies pendant la grossesse, le travail et après la délivrance. Mme Boivin et A. C. Baudelocque, entre autres, y prirent part. Une longue discussion s'engagea sur la valeur de la délivrance artificielle dans les cas d'hémorrhagie avant la délivrance.

La grande quantité de thèses passées sur ce sujet à la Faculté de médecine de Paris depuis le commencement du siècle jusque vers 1840 montre avec évidence combien la question passionnait les accou-

(1) Lacour. Dangers d'extraire trop promptement l'arrière-faix. Thèse Paris, 1803 (An XI), n° 32.

cheurs. Deux camps opposés se formèrent. Les uns avec M^{me} Boivin, Velpeau, Cazeaux recommandent, en cas de pertes, de réveiller la contractilité utérine, de combattre l'inertie pour ne songer que plus tard à pratiquer la délivrance.

D'autres accoucheurs, au contraire, pensent qu'on doit délivrer la femme dès qu'on s'aperçoit d'une hémorrhagie. « La première indication de l'accoucheur a à remplir, dit Gardien, est d'obtenir l'expulsion du placenta... la sortie du placenta une fois obtenue, l'inertie de la matrice doit fixer son attention... L'expérience a appris que la déplétion successive de la matrice est le meilleur moyen pour l'(hémorrhagie) arrêter lorsqu'elle est produite par un état d'atonie ».

Cette dernière conduite prévalut peu à peu, et Quesnel (1) se fait l'écho fidèle de la plupart des accoucheurs lorsqu'il dit : « L'hémorrhagie existe-t-elle, qu'elle soit interne ou externe, si le placenta est dans l'utérus il faut procéder de suite à la délivrance, débarrasser complètement la matrice et profiter du peu d'énergie qui lui reste pour en procurer le resserrement. Le placenta ne peut qu'entretenir la distension et la longueur de l'organe, le fatiguer en l'irritant sans fruit ».

Les cas de rétention placentaire ne préoccupèrent pas moins les esprits. Mais on trouve dans la conduite des accoucheurs du début du siècle la même incertitude et la même diversité. Gardien (2) recommande de ne

(1) Quesnel. Des hémorrh. utérines pendant la gross., etc. Th. Paris, 1833, n° 310, p. 37.

(2) Gardien. Traité complet de l'art. des acc., etc., 2^e édit., 1816

jamais user de force pour introduire la main dans l'utérus à la recherche du placenta, Capuron (1) considère que le « resserrement spasmodique du col est si peu redoutable après un accouchement à terme qu'il ne mérite presque pas d'attention ». Ce serait donc mal à propos et contre toutes les règles de l'art qu'on violenterait alors le col de ce viscère pour y introduire la main ». Ne serait-il pas plus prudent, ajoute-t-il, de chercher à le relâcher, soit par la saignée, soit par des injections émollientes » ? Dugès (2) pense que le resserrement n'est pas continu, et que le col se relâche par moments. Il conseille d'attendre.

D'autres auteurs interviennent plus volontiers par la délivrance artificielle. Tels Mme Boivin (3), Velpeau (4), Moreau (5); mais tous préconisent une extrême prudence, et ne se décident qu'avec une grande timidité. En vain les premières statistiques montrent avec évidence la supériorité de l'intervention. Buk (6) sur 163 femmes délivrées artificiellement ne compte que six cas malheureux, tandis que sur 35 abandonnées aux seules ressources de la nature, il en perd 30. Les statistiques suivantes de Riecke, Ulsamer, Meissner confirment les résultats de Buk.

Dès lors on se décide assez généralement à interve-

(1) Capuron. Cours théor. et prat. d'accouchements, 1811.

(2) Duges. Manuel d'obstétrique, 3^e édit. Montpellier, 1840.

(3) Boivin. Mémorial de l'art des accouchements, 2^e édit. Paris 1887.

(4) Velpeau. Traité complet de l'art. des acc., 1835,

(5) Moreau. Traité prat. des acc. 2 vol. Paris, 1817.

(6) Buk in Deubel. Th. Strasbourg, 1831, p. 76.

nir, mais la plus grande indécision règne sur le choix des moyens. Burns (1) préconise les injections répétées, les applications de compresses froides, les frictions sur le ventre. Kiwisch recommande les douches utérines, Kühne conseille l'électricité, Mojon l'injection de liquide par les veines ombilicales. La délivrance artificielle n'était qu'un pis-aller dangereux auquel on ne se résolvait guère volontiers. Cette défaveur tenait à plusieurs causes. L'introduction de l'ergot de seigle en obstétrique en fut une des plus importantes. Soit parce qu'on eût confiance dans l'action expulsive de ce médicament, soit plutôt parce que l'état tétanique dans lequel il plaçait l'utérus, rendait impossible la pénétration de la main sans violences démesurées, on s'abstenait d'intervenir. D'autre part quelques faits d'absorption du délivre admis à la faveur des noms tels que Planque, Nøgele, Salomon, Deubel donnaient un peu confiance dans la méthode expectante.

Cependant çà et là quelques accoucheurs élevaient la voix en faveur de l'intervention, « La médecine agissante, dit Stoltz (2), est moins funeste dans le cas de rétention du délivre que la médecine tout à fait expectante ». Mordret, dans son mémoire adressé au concours de la société de médecine de Gand se montre partisan de l'intervention. Enfin Paetsch, dans le débat qu'il souleva à la suite d'une communication qu'il fit à la société obstétricale de Berlin en 1846, se déclare le champion résolu de la délivrance artificielle.

(1) Burns. Encyclopédie des sc. méd. 4^e division, obstétrique. Paris, 1889,

(2) Stoltz. De la délivrance. Th. Ag. Strasbourg, 1834.

Mais ces voix étaient peu écoutées. L'insuffisance des connaissances du mécanisme de la délivrance rendaient les esprits hésitants sur le choix d'une méthode. C'est ainsi que conclut Mayer, le président de la société obstétricale de Berlin dans la discussion citée plus haut. De même *Denmann* (1) avait déjà dit : « L'ignorance où l'on est encore de plusieurs choses empêche de perfectionner les règles de la pratique dans ces cas ».

Vers le milieu du siècle, *Credé* se fit l'apôtre d'une méthode à laquelle il crut rallier la plupart des accoucheurs. Persuadé que l'introduction de la main dans l'utérus est le seul danger de la délivrance artificielle, il présente au monde obstétrical son procédé dont le principal avantage est de consister en manœuvres externes et de terminer rapidement l'accouchement. Cette méthode vulgarisée en France par *Chantreuil* fit grand bruit. Elle semblait devoir être appliquée à tous les cas. La délivrance artificielle fut dès lors reléguée à l'arrière-plan ; elle ne devait entrer en scène que dans les cas fort rares où l'expression ne réussit pas et là où les circonstances exigent une terminaison rapide de l'accouchement.

Après avoir été presque universellement adoptée, cette méthode donna naissance à des critiques sévères et tomba dans l'oubli ou du moins se transforma. La délivrance artificielle revint en scène en même temps

(1) Deuman *loc. cit.* 2^e Vol p. 322.

(2) Credé ; Klin. Vorträge über Geburtshilfe 1833 et Monatsch. f. Geburtskunde 1861 B. 17.

(3) Chantreuil. Etude sur l'expression utérine comme moyen de délivrance ; *Arch. générales de médecine*, 1870, T II. p. 402.

que les accoucheurs se pénétraient de plus en plus de la nécessité de l'intervention dans les cas de non délivrance. A l'affirmation citée plus haut de Stoltz la voix autorisée de Pajot (1) ajoute : « Toute femme qui, après être accouchée, a conservé son placenta dans la matrice sans qu'on n'ait pu l'extraire, est une femme morte. » A la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, la même année, *Doléris* se montre partisan enthousiaste de l'intervention active et hâtive. « Je suis convaincu, dit-il, que moins on attend et plus les chances de sauver la vie de la femme sont grandes. Si l'on parcourt les statistiques et les observations ayant trait à l'expectation pure et simple on peut dire que la mort survient dans les 4/5 des cas. Je pense qu'il n'existe aucun genre de traumatisme capable d'entraîner un aussi mauvais résultat. »

Avec ce courant d'opinion, il est facile de s'expliquer le peu d'étonnement du monde obstétrical lorsque Schultze communiqua à la cinquantième réunion des naturalistes allemands le cas suivant : Opération de Porro pratiquée pour sauver une femme mise en danger de mort par des accidents infectieux, ayant pour origine un placenta retenu dans la matrice.

A la Société de médecine de Lyon, en 1888, *Vincent* essaie vainement de réagir contre ces idées en préconisant de nouveau l'expectation. Il proscriit absolument la délivrance artificielle par crainte d'infection et la supplée par des injections d'eau chaude. Même quand le placenta ne vient pas après plusieurs jours il n'intervient pas, quelle que soit la cause de retention (inertie,

(1) Pajot : Rétention du plac. dans l'utérus, etc... *Arch. de Tocol* 1886, p. 149.

adhérence, spasmes). Il ne se décide à pratiquer la délivrance artificielle que dans les cas de danger imminent tel qu'une hémorrhagie grave. La plupart de ses collègues s'élèvent contre lui (Marduel, Berne). Ce dernier estime même qu'en conseillant de temporiser il assume une grande responsabilité.

À l'heure actuelle, bien qu'une entente parfaite n'existe point entre les divers accoucheurs il nous semble que le moment soit propice pour présenter un tableau clinique d'ensemble de la délivrance artificielle. Le mécanisme physiologique de la délivrance est bien connu dans ses grandes lignes ; les signes cliniques auxquels donnent lieu le décollement et l'expulsion du placenta se sont enrichis de données nouvelles.

Aussi l'ère des polémiques purement spéculatives qui agitérent les esprits au début de ce siècle est passé et les discussions, quelquefois violentes, qui surgirent entre partisans de camp opposés se sont éteintes. Peu à peu l'accord s'est fait entre les accoucheurs, accord suffisant pour permettre de tracer une ligne de conduite assez nette au praticien.

INDICATIONS

Dans les limites du sujet que nous nous sommes imposé les indications de la délivrance artificielle peuvent se classer en trois groupes :

a) Tantôt c'est une hémorrhagie qui devient inquiétante et nécessite l'opération.

b) Tantôt la délivrance totale tarde à se faire et il faut la pratiquer artificiellement.

c) Enfin dans un certain nombre de cas, la délivrance opérée, il reste dans la cavité utérine des cotylédons placentaires qu'il est nécessaire d'aller quérir.

La première de ces trois indications est souvent celle qui détermine l'accoucheur à intervenir dans les deux autres ordres de faits. Bien souvent, en effet, au cours d'une délivrance qui tarde à se faire, une hémorrhagie survient ou persiste qui devient à elle seule une indication plus pressante à opérer que la non délivrance. De même lorsqu'elle se montre comme symptôme de rétention cotylédonnaire. Aussi peut-on dire que dans la très grande majorité des cas, c'est l'hémorrhagie qui impose l'intervention.

On peut en juger par les chiffres suivants qui donnent la fréquence réciproque de ces trois groupes d'indications :

(A) *Hémorrhagie*. — Dans la thèse de Gutt-

mann (1) elle est indiquée comme ayant nécessité la délivrance artificielle dans 60 0/0 des cas qu'il a réunis. Dans nos 115 observations, nous la trouvons 91 fois soit dans 79 0/0 des cas.

(B) *Non-délivrance.* — La longue durée de la période de délivrance fut la cause de l'intervention dans 20 0/0 des cas de Guttmann; dans 15,6 0/0 de nos observations. En effet sur nos 115 délivrances artificielles nous relevons le fait 18 fois.

(C) *Rétention de morceaux placentaires.*

1° Statistique de Guttmann 25 0/0 des cas.

2° — de la clinique Baudelocque d'après nos observations : 4,34 0/0 (5 fois sur 115 délivrances artificielles).

A. Hémorrhagies.

Au cours de la période de délivrance les femmes perdent normalement une certaine quantité de sang. Cette quantité est très variable. Schauta croit qu'elle représente la totalité de fluide sanguin que l'état de gravidité apporte en supplément à l'utérus.

Depaul (2) indique 600 à 700 gr., Ahlfeld (3), 482 gr. le professeur Pinard donne dans ses leçons une moyenne de 500 gr. Le mode suivant lequel le placenta se présente à l'orifice vulvaire imprime à cette hémorrhagie physiologique une physionomie particulière. Dans les

(1) Guttmann. Thèse de Berlin, 1895, n° 54.

(2) Depaul. Cliniques.

(3) Ahlfeld. Berichte and Arbecten. Vol. III, p. 35.

cas qui sont les plus nombreux où le placenta se présente par sa face fœtale, le sang s'accumule dans l'intérieur des membranes retournées et ne peut fuir au dehors.

Pas une goutte de sang provenant du décollement placentaire ne s'échappe de la vulve pendant la délivrance. Il suit le placenta et s'échappe hors des membranes après la sortie de cet organe. Cette période de l'accouchement est au contraire toujours sanglante lorsque le placenta se présente par sa face utérine, ou son bord. Le sang dû au décollement placentaire filtrant entre l'œuf et la paroi vient en effet sortir par l'orifice vulvaire.

Il ne faut pas prendre cet écoulement de sang pour une hémorrhagie au sens pathologique du mot. La limite entre les deux est à la vérité bien peu nette. La quantité de sang perdu que le clinicien du reste n'évalue qu'à peu près est un guide peu sûr. Certaines femmes, en effet, peuvent perdre une quantité relativement considérable de sang sans en être autrement affectées : d'autres au contraire présentent des lipothymies, tombent même en syncope pour une quantité minime de sang perdu. Peut-être pourrait-on admettre avec Denmann (1) qu'on entend sous le nom d'hémorrhagie de la délivrance « une perte de sang telle que par sa durée ou sa violence elle puisse faire craindre du danger ».

Quoiqu'il en soit elle se manifeste en clinique sous les aspects suivants :

(1) Denmann. Introd. à la pratique des Accouchements. T. II, p. 384.

Tantôt elle atteint rapidement une intensité extraordinaire. Dès l'expulsion de l'enfant un flot de sang rutilant sort de la vulve en inondant le lit. La femme présente en même temps des éblouissements, des lipothymies, des syncopes. C'est l'hémorrhagie foudroyante « comme on dit en exagérant un peu » (Varnier). Il n'en est pas moins vrai que le tableau est saisissant et que les auteurs sous l'impression de scènes de ce genre ont employé pour le caractériser des métaphores multiples.

Cette forme de l'hémorrhagie de la délivrance est rare ; dans certains cas elle résulte d'une brièveté naturelle, ou accidentelle du cordon. Il est impossible la plupart du temps de l'éviter. Dans d'autres cas elle est la conséquence d'une mauvaise conduite tenue pendant la période de délivrance (tractions hâtives sur le cordon, expression à la Crédé). Cette perte doit être prévenue et Spiegelberg en rend avec raison l'accoucheur responsable.

En face d'un cas de ce genre ne perdez pas une minute, mettez au plus vite la main sur l'utérus, faites des frictions énergiques sur l'organe et si la perte ne cesse point rapidement, placez la main d'un aide sur la paroi abdominale pour comprimer l'aorte pendant que vous vous aseptiserez les mains pour pratiquer la délivrance artificielle.

La plupart du temps, l'hémorrhagie de la délivrance a des allures moins rapidement inquiétantes. Elle débute soit dès l'expulsion de l'enfant soit quelque temps après. Le plus souvent le sang se fait jour au dehors et vient sortir par la vulve, humectant le pansement qui protège cette dernière et même le lit. C'est l'hémorrhagie

dite *externe*. Tantôt il s'agit d'un léger suintement qui ne se tarit que momentanément sous l'influence des injections d'eau chaude ; tantôt le sang coule en assez grande abondance. Si on porte la main sur la paroi abdominale pour rechercher l'utérus, on le trouve difficilement ; il est tellement mou que la main a de la peine à le percevoir et à le délimiter.

Dans d'autres circonstances, le sang au lieu de s'écouler à l'extérieur, s'accumule dans l'utérus qu'il distend.

C'est l'hémorrhagie dite *interne*. L'utérus est alors volumineux et mou. En pratiquant l'expression on fait sortir par la vulve une quantité plus ou moins grande de sang en partie coagulé : mais l'utérus ne tarde pas à se laisser distendre de nouveau.

Enfin dans une dernière catégorie de faits l'hémorrhagie est à la fois *interne et externe* ; en même temps qu'il s'écoule une certaine quantité de sang par la vulve une partie s'accumule dans l'utérus.

Avec ces signes objectifs, communs à toutes les hémorrhagies : (troubles du côté des yeux, des oreilles, tendances syncopales, décoloration des lèvres, accélération du pouls etc).

En face d'une hémorrhagie de l'une ou de l'autre de ces formes, on tâchera au début de réveiller la contractilité utérine par les moyens ordinaires : injections vaginales chaudes, frictions utérines. Si ces méthodes échouent, il faudra recourir à la délivrance artificielle, dont nous allons étudier les indications particulières en cas d'hémorrhagie.

Les symptômes généraux ne peuvent guère être de quelque utilité à ce point de vue.

Ils sont en effet trop tardifs dans leur apparition. L'intervention faite sur leur indication risquerait fort d'aboutir à un résultat désastreux. Elle entraîne en effet avec elle une certaine perte de sang que des femmes déjà épuisées ne pourraient supporter.

L'abondance de l'hémorrhagie n'est pas un guide plus sûr. Elle est du reste forte difficile à apprécier par la vue et il n'est pas inutile d'entrer à ce sujet dans quelques détails. Le linge neuf se laisse difficilement traverser par le sang qu'il retient presque complètement comme le ferait une toile imperméable. Une quantité relativement légère de sang dans ces conditions paraît considérable et jette rapidement l'alarme dans l'entourage.

Le linge vieux, au contraire, qui s'imbibe et absorbe facilement le sang peut faire croire à une perte de sang peu abondante alors qu'elle peut être considérable.

Les liquides des injections vaginales, renversés sur le lit et mélangés de sang peuvent encore être une cause d'erreur et faire croire à une grande quantité de sang perdu. On sait en effet combien est grand le pouvoir colorant du sang.

Enfin il est encore une allure particulière de l'hémorrhagie, signalée par Jacquemier qui peut un instant alarmer un jeune accoucheur. Quelquefois, en effet, l'utérus, distendu de sang, venant à se contracter, expulse brusquement son contenu et arrête l'hémorrhagie au moment où la perte paraît le plus effrayante.

En face d'une hémorrhagie, l'accoucheur doit avoir tous ces faits présents à l'esprit. Il ne faut ni s'adonner à une confiance injustifiée, ni se laisser aller à des

craintes chimériques. Il est vrai qu'à l'heure actuelle, on a moins peur du sang ; on agit avec plus de calme. Néanmoins, il ne faut pas donner dans l'excès opposé. On a peine à croire comment Guillemeau (1) pouvait recommander au jeune chirurgien de ne point s'étonner pour « avoir vu des femmes jeter en moins d'une heure plus de six ou sept livres de sang clair pur et vermeil, même tomber en syncope comme si elles étaient prêtes à mourir ».

Aucune de ces indications n'a la valeur de l'accélération du pouls dans l'opportunité de pratiquer la délivrance artificielle. Thompson (2) seul s'élève contre cette doctrine et affirme que l'hémorrhagie peut être violente et le pouls rester à 60 ou 70 pulsations. Il fait remarquer que le pouls est en rapport d'abord avec l'état général de la femme et secondairement avec l'état de la matrice.

Malgré ces restrictions, l'accélération des battements du cœur a la plus grande valeur et l'accoucheur doit interroger le pouls avec la plus scrupuleuse attention. « C'est, dit Leroux (3), la boussole qu'il doit toujours consulter et qui doit le diriger ». Dès que le pouls atteint ou dépasse 100 pulsations à la minute, et qu'il persiste à ce nombre, il faut intervenir et pratiquer la délivrance artificielle si les signes du décollement placentaire font défaut.

Temporiser plus longtemps pourrait être dangereux

(1). Guillemeau : L'heureux accouchement. Liv. 3, chap. 4 p. 351.

(2). Thompson : *The Obst. Journ.* 1878, n° 60, p. 780.

(3) Leroux : *Observat. sur les pertes de sang.*, 1810, p. 101.

pour la femme. On sait, en effet, que l'opération du décollement du placenta entraîne toujours avec elle une perte de sang plus ou moins grande, à laquelle la femme ne pourrait pas résister.

On peut cependant se trouver auprès d'une femme dont la vie est menacée par une hémorrhagie de la délivrance et qui conserve encore son placenta dans l'utérus. Dans ces cas, Braxton Hicks (1) conseillait de ne pas intervenir de suite, si la perte de sang est arrêtée. Il attendait que « la balance générale de la circulation soit rétablie et que le cœur ait reçu le sang des plus petits vaisseaux situés aux extrémités ». Si l'hémorrhagie continuait, il était partisan de l'intervention, car pour lui le shok de l'opération est moins grave que la perte de sang.

A l'heure actuelle, grâce à l'introduction dans la thérapeutique des injections de sérum, il vaut mieux opérer de suite.

Il est toujours utile en pareil cas de faire une injection préalable de 300 à 500 grammes.

B. La délivrance tarde.

Dans les cas normaux, après l'expulsion du fœtus, l'utérus subissant sa rétraction physiologique et entrant de nouveau en contraction, décolle, puis chasse le placenta dans le segment inférieur. De là il passe dans le vagin, d'où l'acoucheur l'extraît le plus souvent.

Toute cette période de délivrance est fertile en inci-

(1) Braxton Hicks : *Brit. med. Journ.*, 1882, T. II, p. 123.

dents et réclame de la part de l'accoucheur une surveillance attentive. Dès l'expulsion du fœtus la main sera placée sur l'abdomen pour surveiller la rétraction de l'utérus : Elle se rendra compte du mouvement ascensionnel de cet organe.

Ce premier temps de la délivrance se manifeste par un certain nombre de signes cliniques qui traduisent le décollement et la progression du placenta. Il est très important de bien les connaître, car ce sont eux qui dictent à l'accoucheur la conduite à tenir pendant la période de délivrance. Tant qu'ils font défaut, en effet, il ne faut pratiquer ni tractions sur le cordon, ni expression utérine.

Ces signes sont fournis par diverses modifications que subit le cordon ombilical et par les deux grands moyens d'investigations usités en obstétrique : le palper et le toucher :

1^o *Modifications du cordon.* — Lorsque le placenta est décollé, Berne (1) fait remarquer que le cordon préalablement lié est flasque et décoloré. Lorsqu'on pratique sur lui des tractions modérées et que le placenta est encore adhérent, le fond de l'utérus s'abaisse et si on l'abandonne brusquement, il rentre dans le vagin de toute la longueur dont il était sorti. De même si on appuie sur le fond de l'utérus le cordon descend, mais remonte brusquement lorsqu'on cesse la pression.

Son allongement spontané hors de la vulve est encore un signe de décollement placentaire, lorsqu'on l'a préalablement déplié du vagin par une traction modé-

(1) Berne ; Soc. de méd. de Lyon, 1888.

rée. Pour mesurer cet allongement, Ahlfeld fait placer sur lui une serre-fine aussitôt que le fœtus est expulsé ; Czempin remplace la serre-fine par un fil à ligature qu'il noue autour de la tige funiculaire.

2° *Palper*. — Le palper montre une série de changements survenus dans la consistance, la position et la forme de l'utérus. Ce dernier devient dur, et exagère son antéversion normale. Son fond subit un mouvement ascensionnel que les recherches de MM. Pinard et Varnier ont montré être de 3 à 4 cm. en moyenne.

Freund (1) décrit ainsi une modification qui survient dans le forme de l'utérus et qui, pour lui est le meilleur signe de décollement.

Lorsque le placenta est encore adhérent, le corps de l'utérus enveloppant l'arrière-faix est arrondi. A mesure que le décollement s'opère, le placenta chassé vers le segment inférieur permet l'accolement des parois antérieure et postérieure de l'organe vidé. Il en résulte la formation d'une crête transversale dure formée par cet accolement qui se distingue facilement du segment inférieur arrondi qui contient alors le placenta. Aussi longtemps que cet organe adhère encore à une portion du corps de l'utérus cette barre transversale dure ne peut se former.

3° *Toucher*. — Le toucher donne des indications plus précises. Le doigt introduit par la vulve rencontre en effet le placenta plus ou moins haut suivant les di-

(1) Freund. Conduite à tenir pendant la délivrance. Etat actuel de la question. Deutsch. méd. Wochensch, 1887.

vers temps de la délivrance. Lorsque l'arrière-faix se trouve dans le vagin, ou que l'extrémité de l'index arrive facilement sur l'attache du cordon au placenta, on peut dire que ce dernier est décollé. Il est encore décollé, au moins dans sa plus grande partie, lorsque le doigt, sans arriver sur l'insertion du cordon, sent au niveau de l'orifice interne ou du col, au bord du placenta adjacent au cordon. Par contre, lorsque le doigt poussé aussi haut que possible ne rencontre nulle part cet organe, on peut presque affirmer qu'il n'est pas décollé.

Ce décollement demande un certain temps pour se produire (10 à 30 minutes en moyenne). Le passage spontané du placenta de l'utérus dans le vagin réclame de 20 à 30 minutes. Murray (1) montre que 19 fois sur 20 la délivrance est effectuée dans la première heure qui suit l'expulsion. Malleterre (2), se basant sur ces recherches dit que passé une heure, il y a rétention placentaire.

Quoiqu'il en soit, il est rationnel après une demi-heure de pratiquer le toucher. La plupart du temps l'index arrive sur l'insertion du cordon au placenta. Ce dernier est décollé, il n'y a plus qu'à l'extraire dans d'autres cas, le doigt atteint avec peine le placenta ou ne l'atteint pas du tout. On se contente alors de surveiller et d'exciter les contractions utérines et de pratiquer de temps en temps le toucher qui interroge l'état du col

(1) Murray : Recherches sur la durée de la délivrance. Th. Paris, 1890.

(2) Malleterre : Contribution à l'étude de la rétention du placenta à terme. Th. Nancy, 1896.

et recherche le placenta. Une heure se passe sans amener aucun changement : que faire ? Ici deux cas peuvent se présenter :

1° Les signes de décollement placentaire sont manifestes ; l'index arrive, *quoique difficilement, sur le placenta*.

Il y a lieu de croire alors qu'il existe quelque obstacle à la progression de l'arrière-faix, ou que l'utérus fatigué est impuissant à chasser le placenta du segment inférieur dans le vagin. On songera à la réplétion de la vessie, à l'excès de volume du placenta pour y remédier.

2° Les signes de décollement placentaire font défaut. Par le toucher on ne sent nulle part le placenta.

La conduite à tenir est bien difficile à préciser. L'accoucheur se trouve placé entre deux écueils : 1° Opérer trop tard et augmenter les difficultés de l'opération en même temps que les chances de traumatisme ; 2° opérer trop tôt et faire subir à la femme une intervention qui n'est pas toujours exempte de danger. Rien n'est en effet plus difficile que de dire si une délivrance se fera ou ne se fera pas. Murray cite quelques observations où elles ne s'effectuèrent qu'au bout de 2, 3 heures et plus.

Il existe cependant un certain nombre de raisons, qui doivent guider l'accoucheur. Les unes rendent l'intervention absolument nécessaire d'autres font qu'elle est discutable ; enfin quelques-unes permettent d'attendre.

Parmi les premières, la plus importante est l'hémor-

rhagie. Soit qu'elle se soit montrée dès le début de la période de délivrance sous forme de suintement intermittent, soit qu'elle ait soudain pris naissance au cours de cette dernière, elle fut 42 fois la cause déterminante de l'intervention, après la première heure, dans nos observations.

Deux autres circonstances engagent encore l'accoucheur à intervenir. La première est lorsqu'il se trouve en présence d'une femme à laquelle on a imprudemment administré de l'ergot de seigle. On connaît les dangers d'incarcération du placenta, auxquels donne lieu ce médicament par suite de la contraction tétanique dans laquelle il met l'utérus. La seconde est la constatation d'une malformation utérine. « On ne confiera jamais à la nature, dit le professeur Pinard, la délivrance dans une malformation utérine (1) » La rétention du placenta par incarceration est fréquente dans ces cas. L'utérus cloisonné doit être particulièrement surveillé à ce point de vue.

D'autres circonstances, sans rendre l'intervention absolument nécessaire, militent cependant en sa faveur.

Elles sont au nombre de trois principales : la première est la faiblesse et la rareté des contractions utérines. Lorsque ni les frictions, ni les injections d'eau chaude ne semblent faire sortir l'utérus de cette inertie, il est fort probable que cet organe, fatigué par un travail prolongé, ne pourra arriver à décoller le placenta.

La seconde est la présence de fibromes utérins. Dans

(1) Swaine : Remarks on the adhésion of the plac. Bril. med. Journ. 1875 p. 88.

ces cas, la difficulté de la délivrance peut être due à la fois à des adhérences anormales du placenta au niveau de fibrômes, ou à l'inertie utérine favorisée par la dégénérescence fibromateuse de l'organe.

Sur 70 observations d'utérus atteints de fibrômes, Lefour (1) cite 17 cas où l'on fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle, soit dans une proportion de 24, 3 0/0. Nous relevons dans nos 115 observations, six cas où la présence de fibromes utérins est signalée (5,21 0/0).

Enfin le fait que la femme a déjà subi une délivrance artificielle à une grossesse antérieure peut engager l'accoucheur à intervenir plus volontiers, certaines femmes présentent en effet, une prédisposition particulière qui met souvent l'accoucheur dans la nécessité de recourir à la délivrance artificielle, sinon à chacune de leurs grossesses, du moins à plusieurs d'entre elles. Swaine (2) l'observe cinq fois ; chez 4 femmes le fait s'est reproduit deux fois, chez l'autre cinq fois sur cinq grossesses.

P. Dubois (3) raconte l'histoire d'une jeune veuve qui vint à Paris pour accoucher d'un 3^e enfant, car aux deux précédentes grossesses elle avait dû subir la délivrance artificielle. Dubois fut encore obligé d'intervenir à cette 3^e grossesse.

Dans nos observations sur 17 multipares nous remarquons que six femmes ont déjà été délivrée artificielle-

(1) Lefour : Th. Agrégation 1880.

(2) in thèse Bourrus. Thèse Bordeaux 1891.

(3) Gaz. des Hôpit. 1858.

ment à une grossesse antérieure soit une proportion de 12,7 0/0.

Au contraire lorsque l'utérus est bien retractoré l'absence d'hémorrhagie et de contractions utérines permettent à l'accoucheur de temporiser lorsqu'il ne relève par les anamnestiques et par l'examen de l'utérus aucune des circonstances signalées plus haut, comme engageant à l'intervention ou la nécessitant. Mais quelle est la limite de cette temporisation ? Jusque dans ces dernières années les auteurs ne faisaient intervenir dans cette appréciation que la question de temps. Mattei n'attendait pas plus de 20 à 30 minutes, Berry-Hart trois quarts d'heure, P. Dubois, Guéniot 1 h. 1/2. Lessona (1) vint montrer les avantages de cette doctrine en faisant remarquer que la mortalité des cas opérés dans les six premières heures après l'accouchement est de 16,93 0/0 tandis que dans les 80 cas de délivrance plus tardive elle est de 83,75 0/0. Deux accidents possibles à la suite d'une attente prolongée faisaient intervenir d'une façon hâtive les accoucheurs : l'enchatonnement du placenta et la rétraction de l'anneau de contraction. En opérant ainsi on croyait sûrement les éviter. Mais Bailly (2) vint jeter le trouble dans les esprits en rapportant deux observations chez lesquelles une demi-heure et 50 minutes après l'accouchement « l'orifice interne du col » est assez fortement retractoré pour rendre très difficile l'introduction de la main. Il donne à ce sujet le conseil suivant ; « si j'a-

(1) Lessona. *Del secundamento artificiale*. Turin, 1887.

(2) Bailly. *Archives de Tocologie* Juin, 1876.

vais à formuler une règle de conduite relativement aux limites de temps à observer pour la délivrance, je dirais que sauf quelques cas exceptionnels il faut attendre une demi-heure au moins et une heure au plus ».

M. le professeur Pinard remarquant avec raison combien cette règle manquait de précision s'attacha à montrer que les indications de l'intervention doivent être fournies par le palper et le toucher. « L'indication de la délivrance disait-il est toute entière dans l'indicateur » (1). Qu'importe le temps qui se sera écoulé depuis l'accouchement, écrit à ce sujet Ramonari (2). S'il est reconnu que la femme est menacée de ne pouvoir être délivrée ».

Le toucher interrogera l'état du col et l'anneau de contraction. Au moindre indice pouvant faire croire à leur rétraction, si minime fût-elle, il ne faut point tarder à intervenir. Il en sera de même si le palper montre une déformation de l'utérus faisant songer à un début d'enchatonnement.

Du reste quelques accoucheurs ont beaucoup exagéré les craintes d'avoir des difficultés sérieuses pour opérer la délivrance artificielle lorsqu'il s'est écoulé un certain temps depuis l'expulsion du fœtus.

En réalité, dans un certain nombre de cas, on observe que l'utérus bien rétracté reste pendant un temps variable sans se contracter. Il va de soi qu'en pareil cas la question de temps ne signifie rien, et qu'il n'y a pas lieu de s'étonner que le placenta ne se décolle pas lorsqu'il

(1) Voir Stapfer. Enchatonnement du placenta : *Union méd.* 1882.

(2) Ramonari. Th. Paris, 1876.

n'y a pas de contractions utérines. Les motifs qui peuvent amener à intervenir en pareil cas (absence d'hémorrhagie) sont surtout l'utilité qu'il y a pour la femme à être délivrée et à pouvoir se reposer sans inquiétude. L'expérience montre que cette expectation qui peut se prolonger pendant 2, 3 heures et plus, ne présente aucun inconvénient à la condition que la femme soit surveillée et qu'on se tienne près à intervenir, s'il survient un écoulement sanguin assez abondant. La nécessité de cette surveillance prolongée, surtout après un accouchement qui a déjà forcé le médecin à rester longtemps près de la parturiente, sera souvent une raison pour qu'on intervienne plus volontiers.

C. Rétention cotylédonnaire

La délivrance opérée par un mode naturel, artificiel ou mixte peut quelquefois laisser subsister dans l'utérus une partie de l'arrière-faix.

Dans les cas où la délivrance est spontanée, le placenta est souvent dépourvu de ses membranes restées adhérentes à la paroi utérine (placenta découronné).

L'expression utérine pratiquée à la façon allemande, c'est-à-dire pendant les contractions utérines et surtout la méthode hâtive de Crédé, expose non seulement à la rétention des membranes, mais à celle d'une portion du placenta.

Il n'est pas jusqu'à la délivrance, dite naturelle, la mieux conduite qui ne puisse être cause de cet accident.

Cette rétention cotylédonnaire ou de morceaux pla-

centaires, n'est pas très rare. Stadfeldt (1) raconte que sur 70 autopsies de femmes récemment accouchées, il a trouvé 7 fois dans l'utérus des morceaux de placenta variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf. Dans cinq cas, la délivrance avait eu lieu d'une façon normale. Quelquefois ces débris placentaires sont expulsés en bloc dans les jours qui suivent; Mauriceau (obs. 602) en cite un bel exemple.

Plus souvent ils se désagrègent et s'éliminent peu à peu pendant les suites de couches sans causer d'autres accidents qu'une quantité plus grande et une fétidité anormale des lochies. Tel est l'avis de Schröder, que partagent en citant des observations, Scholz, Hecker, Hüter, Frænckel etc. Turazza (2) soutint à nouveau l'inocuité relative de ces rétentions de débris placentaires.

Mais les cas d'accidents graves et même mortels sont loin d'être rares. Mauriceau (obs. 294) rapporte le cas d'une femme qui mourut après avoir été accouchée par un chirurgien qui lui avait laissé une partie de l'arrière-faix dans la matrice. De la Motte (3) (obs. 393) relate le cas d'une femme morte d'hémorrhagie après la délivrance. L'autopsie montra l'existence d'un cotylédon resté dans la cavité utérine. Moreau dit qu'il pourrait citer des cas où des cotylédons sont restés 8, 10 et 15 jours sans accidents « puis ont déterminé des hémor-

(1) Stadfeldt. Schmidt's Jahrb. vol. CXVIII, p. 491.

(2) Turazza : Salla retentione della placenta *Gaz. degl. osp.* 1888 p. 650.

(3) De la Motte : 1^{re} édition.

rhagies épuisantes ». Thompson (1) a perdu une femme de septicémie, pour n'avoir pas été chercher un petit placenta succenturié qu'aucune hémorrhagie n'avait signalé. Labusquière (2) fut témoin d'un fait d'hémorrhagie secondaire par rétention cotylédonnaire qui mit la femme, qui fait le sujet de son observation, à deux doigts de la mort. Il ajoute à ce sujet la réflexion suivante :

« Frappé du caractère de gravité extrême que peuvent prendre ces pertes de sang, alors même que la portion du placenta retenu est vraiment petite, je serai disposé immédiatement après la délivrance, en cas d'extraction incomplète, à faire le possible pour enlever le, ou les cotylédons restés dans la matrice ».

Beaucoup d'autres faits semblables ont été signalés. En face de la gravité possible de ces cas, il est absolument indiqué, une fois le diagnostic de rétention cotylédonnaire fait, d'introduire la main dans l'utérus pour aller à la recherche de cette portion de l'arrière-faix. Ce diagnostic est dans la plupart des cas possible à faire. Voici du reste comment les choses se passent en clinique et comment il faut procéder.

On se trouve parfois au cours de la délivrance en face du phénomène suivant. Les réservoirs étant vides le toucher ayant montré l'engagement du placenta, les tractions sur le cordon faites prudemment ne favorisent nullement l'expulsion de l'arrière-faix. Quelquefois

(1) Thompson : Science et art des accouchements, trad., Doléris, p. 668.

(2) Labusquière : *Ann. de Gyn.* 1889, T. I, p. 134.

cependant ce dernier sort à moitié ou en partie de la vulve, le reste étant retenu dans l'utérus. Il s'agit souvent dans ces cas d'adhérence d'une languette de placenta ou d'un cotylédon isolé sur lequel conduit un faisceau tendu de membranes. Une hémorrhagie quelquefois abondante vient souvent confirmer le diagnostic. Dans ces cas il faut immédiatement après antiseptie des mains sans tirer le placenta, introduire la main dans l'utérus pour pratiquer la délivrance artificielle de la portion d'arrière-faix adhérente. Nous relatons dans nos observations trois cas de ce genre.

Dans d'autres cas, la délivrance naturelle s'est faite sans complication apparente, lorsque subitement, une hémorrhagie se déclare. L'examen de l'arrière-faix montre le plus souvent l'absence d'une portion du placenta ou d'un cotylédon aberrant. Cet examen doit toujours et dans tous les cas de délivrance être fait avec attention ; il peut dans la grande majorité des cas indiquer s'il reste une portion quelconque des membranes ou du placenta dans l'utérus. Il faut examiner s'il manque un fragment de la masse placentaire unique ou un cotylédon d'un placenta multiple Tarnier (1), a donné un excellent signe pour reconnaître si un cotylédon aberrant ou un lobe placentaire est resté dans l'utérus. En examinant le pont membraneux qui relie le cotylédon accessoire à la masse placentaire principale, on y voit des vaisseaux qui le parcourent et vont de l'une à l'autre des deux masses placentaires. Le signe de Tarnier est un signe pathognomonique quand il

(1) Tarnier. Acad. de Méd Séance du 22 février 1862.

existe : mais il peut manquer dans certain cas de rétraction cotylédonaire, M. le Professeur Budin (1) a insisté sur ces faits.

Il peut exister en effet des cotylédons accessoires situés tout près du bord placentaire de telle façon que leurs circonférences se touchent. Dans ces cas l'appareil vasculaire qui relie les deux est réduit au minimum et si le cotylédon reste dans l'utérus, on ne voit guère que des filaments blanchâtres sur les parties des membranes où s'insérerait le cotylédon.

D'autre part un cotylédon, situé même loin du bord placentaire, peut être resté dans l'utérus sans que rien fasse songer à son existence quand les membranes qui le rattachaient à la masse principale, sont retenues avec lui.

(1) Budin, Soc. Obs. de France 1893 et Femmes en couches et nouveau-nés p. 170.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire de la délivrance artificielle doit être, pour différentes raisons, bien familier au praticien.

Dans beaucoup de cas, en effet, cette opération constitue une intervention de nécessité qui s'impose séance tenante, et devant l'indication de laquelle il n'y a pas à reculer sans les plus graves dangers pour la femme. « La délivrance artificielle, dit le professeur Tarnier, est une opération d'urgence au premier chef, que tout médecin doit savoir faire et bien faire ». C'est en second lieu une opération que tout médecin est appelé à pratiquer dans sa carrière médicale si peu occupé qu'il soit ».

Enfin elle sauve parfois les femmes d'une mort si évidente, que le succès qui couronne les efforts de l'accoucheur doit être un encouragement pour lui à en bien connaître le *modus faciendi* avec les difficultés diverses qu'il peut présenter.

L'opération réclame, pour être menée à bien, trois conditions principales : de la prudence, car en opérant brutalement on risque de léser la paroi utérine, voire même de la perforer ; de l'attention, pour ne laisser dans l'utérus aucune partie de l'arrière-faix ; de l'asep-

sie, car la plaie placentaire offre aux micro-organismes un terrain éminemment favorable à leur développement.

Cette dernière condition surtout devra être remplie avec un soin tout particulier. Le manque d'asepsie est en effet le grand écueil dans le succès de l'opération et la question de l'antisepsie dans la délivrance artificielle constitue le plus important chapitre de cette question. Cette importance de l'asepsie n'a pas échappé à la plupart des accoucheurs. Depuis la connaissance, relativement récente, des infections transmises aux femmes par des doigts ou des ongles malpropres, tous les auteurs insistent sur le danger qu'offre à ce point de vue la délivrance artificielle.

Si, en effet, dans toutes les opérations obstétricales, le manque d'antisepsie ou la moindre faute dans son application constituent un des grands facteurs de morbidité et de mortalité, cela est surtout vrai pour la délivrance artificielle. La raison en est bien simple : Dans une embryotomie, dans une version par manœuvres internes, la main de l'accoucheur, qui constitue la voie d'apport des germes infectieux, travaille et reste dans l'intérieur de l'œuf dont les membranes protègent contre l'infection la paroi utérine. Dans la délivrance artificielle, au contraire, la main agit souvent en dehors des membranes, entre elles et la paroi utérine. Dans cette situation elle est dangereusement exposée à contaminer la muqueuse utérine (cruentée) au niveau de la plaie placentaire.

Pour atténuer ce danger d'infection par la main un certain nombre d'auteurs ont recommandé de ne jamais

procéder au décollement du placenta que dans l'intérieur de l'œuf.

Une antisepsie et une asepsie absolues seraient donc à rechercher. Malheureusement l'une et l'autre de ces deux conditions sont difficiles à réaliser dans la pratique. On sait en effet ce que vaut au point de vue bactériologique une main qu'on dénomme habituellement « antisepsisée ».

Bien plus, une main idéalement aseptique ne met pas à l'abri de l'infection :

En effet, les organes génitaux externes, le vagin et même le col de l'utérus peuvent recéler des microbes pathogènes. Or la main même aseptique qui traverse cette filière génitale insuffisamment aseptisée par le lavage d'une ou plusieurs injections antiseptiques préalables, est susceptible d'être souillée par son contact et d'apporter dans l'utérus un contagement dangereux. Pour remédier à ce danger, Otto Burckhardt (1) propose l'emploi d'un spéculum qu'il appelle spéculum de la délivrance et qui empêche le contact des mains avec les parois vaginales.

Ces considérations engagent l'accoucheur à être le plus scrupuleux possible dans l'application des méthodes antiseptiques. Aussi, en face d'une hémorrhagie grave, fait qui réclame souvent l'intervention il ne faut pas que l'état alarmant de la femme fasse négliger à l'opérateur les précautions antiseptiques les plus sévères. M. le professeur Pinard a longuement insisté sur la

(1) Technique de la délivrance artificielle : Centralblatt f. Gyn. 1897.

nécessité d'intervenir avec prudence et M. Varnier se fait l'écho du maître lorsqu'il dit : « La plupart des échecs de la délivrance artificielle pour hémorrhagie tiennent à ce que perdant la tête le praticien intervient ex abrupto avec une main non antiseptisée ». « Prenez le temps de ne pas être dangereux »

Les mesures antiseptiques à prendre concernent à la fois la femme et l'accoucheur.

1° *Antisepsie de la femme.* — La première indication est de raser avec soin les poils des organes génitaux externes comme il est de règle dans toutes les opérations obstétricales qui nécessitent l'introduction de la main dans l'utérus, Cette précaution est indispensable pour éviter que les poils entraînés par la main ne contaminent cette dernière ou le vagin.

On fera ensuite un grand lavage au savon des organes génitaux externes et du périnée suivi d'un second lavage avec un liquide antiseptique. On donne alors une injection vaginale au cours de laquelle il est bon de frotter le paroi du vagin avec un ou deux doigts introduits avec la canule.

2° *Antisepsie de l'accoucheur.* — Après avoir relevé et attaché haut ses manches de chemise l'opérateur fera l'antisepsie la plus parfaite de ses mains et avant-bras et même de la partie inférieure des bras.

L'antisepsie doit être aussi rigoureuse au membre supérieure droit qu'au gauche, car il est possible que la première main introduite mal à l'aise pour opérer ou fatiguée par les contractions utérines doive être retirée et immédiatement remplacée par l'autre.

Au début de l'ère antiseptique on se contentait d'un

lavage au savon et à l'eau pure, puis de l'immersion dans un liquide antiseptique. Les recherches de Kümmel, Furbringer, J. Roux et Reynès nous ont appris les conditions auxquelles doit satisfaire l'aseptisation manuelle. Le brossage et le savonnage sous l'eau chaude, y jouent le principal rôle. Les régions particulièrement dangereuses sont les plis profonds de la face dorsale des phalanges qu'on ouvrira par la flexion des doigts pour mieux les désinfecter, la sertissure des ongles enfin et surtout les espaces sous-unguéaux. La main ainsi nettoyée doit encore être immergée dans l'alcool qui, dissolvant les matières grasses permet aux antiseptiques d'agir avec plus de sûreté. Le regretté professeur Tarnier (1) recommande la série d'opérations suivantes qui résument la consigne à suivre :

1° Savonnage, brossage, rinçage des mains sous le robinet d'un lavabo contenant une solution de sublimé à 0, 40 pour mille.

2° Lavage à l'alcool.

3° Nouveau rinçage au sublimé.

4° Immersion dans une solution de permanganate de potasse.

A la clinique Baudelocque on se sert au lieu de sublimé d'une solution de biiodure à 1 pour 4 mille. M. le professeur Pinard trouve dans ce choix les avantages suivants : Le biiodure, d'une toxicité faible ou nulle, peut être employé impunément pour les injections vaginales et intra-utérines ; il n'altère point la sensibilité tactile des doigts et présente une valeur antiseptique

(1) Tarnier. De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstetrique.

supérieure à celle du sublimé. (Trois fois plus grande d'après les tableaux de Miquel).

Ces précautions prises, quelle posture doit-on donner à la femme ? Les avis sont, à ce sujet, très partagés. Martin (1) recommande le décubitus latéral et de préférence le décubitus latéral droit pour introduire la main gauche qu'il préfère car elle est plus petite. Scanzoni (2) fait coucher la patiente sur le côté où adhère la totalité ou la plus grande partie du placenta. Barnes (opérations obstétricales) la place sur le côté gauche ou sur le dos. Le professeur Tarnier (3), tout en reconnaissant que la position dite obstétricale est plus commode pour les débutants, la pratique le plus souvent, la femme étant couchée dans la situation qu'elle occupait pour accoucher. Cette position de la femme pourrait à la rigueur être conservée dans les cas d'hémorrhagie abondante. Le conseil si souvent donné par Pajot dans ses cliniques et rappelé par Labusquière (4), « surtout gardez-vous de remuer les femmes qui viennent de subir de grandes pertes de sang », peut rendre perplexe le jeune accoucheur. Mais le minime dérangement qu'il y a à faire subir à la femme pour la placer en travers du lit ne doit pas faire hésiter l'accoucheur à faire prendre à l'opérée une situation plus commode pour son intervention, et qui permet de réaliser une antiseptie plus parfaite.

(1) Martin, *Beitrag zur Gyn.* Iéna. 1848.

(2) Scanzouy : *Zehrbuch. der Geburtshülfe* 1867.

(3) Tarnier : *loc. cit.*

(4) Labusquière. *Annales de Gyn.* 1889. T. I. p. 134,

Aussi la plupart des accoucheurs français n'hésitent pas à mettre la femme en situation obstétricale et Galca (1) dans une thèse récente, dit que « sous aucun prétexte il ne faut transiger sur cette règle ». Deux aides se chargent d'opérer le déplacement de la femme : l'un saisit les cuisses de la parturiente l'autre les bras, à la racine des épaules, et agissant d'un commun accord dans des directions opposées, amènent la région périnéale au ras du bord du lit tandis que la tête repose basse sur l'autre extrémité du diamètre transverse du plan du lit. Les membres inférieurs sont relevés et maintenus par deux aides, qui s'effacent le plus possible en dehors des cuisses écartées de la femme, de façon à laisser l'opérateur agir à son aise.

Dans la très grande majorité des cas la délivrance artificielle est une opération facile. Dans d'autres cas au contraire elle peut offrir des difficultés presque insurmontables. Il y a donc intérêt à décrire en deux paragraphes le manuel opératoire.

A. Délivrance artificielle facile.

C'est celle qu'on pratique quelques instants après l'expulsion pour hémorrhagie. Le décollement partiel du placenta et l'inertie utérine qui sont la cause de la perte de sang facilitent les manœuvres en ce sens que l'introduction de la main n'offre pas de difficulté et le décollement placentaire commencé est facile à poursui-

(1) Galca : Thèse Paris 1897-98, n° 15.

vre dans la plus grande partie des cas. Aussi l'emploi du chloroforme est-il inutile et dangereux.

L'opération en elle-même comprend plusieurs temps :

1^o Choix et introduction de la main ; recherche du placenta.

2^o Décollement du placenta ;

3^o Son extraction ;

Le choix de la main aurait quelque importance et l'on pouvait au préalable savoir exactement le lieu d'implantation du placenta et le point par où il faut commencer le décollement. Dans l'impossibilité où nous sommes de faire ce diagnostic il est préférable d'introduire la main droite, plus habile et plus forte, quitte à la retirer pour céder la place à la gauche si celle-là était mal à l'aise pour opérer. On a d'autant plus raison de préférer la main droite que dans la plupart des cas le placenta s'insère sur la paroi postérieure de l'utérus. Or, dans cette région, les deux mains sont également bien orientées pour opérer le décollement.

Scanzoni (1), au lieu de retirer la main mal placée, change le décubitus dorsal de la femme en décubitus latéral, en faisant passer une jambe par dessus le bras de l'opérateur tenu dans l'extension.

La plupart des auteurs disent que la main bien placée est celle dont la face palmaire correspond au placenta : la droite, si le placenta est sur la paroi droite de l'utérus, la gauche dans le cas contraire.

Varnier (2) précise mieux les indications qui doivent

(1) Scanzoni : *Lehrb. der Geburt*. 1867.

(2) Varnier : *Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie* 1894 p. 141.

guider dans le choix de la main. Après avoir remarqué que ce choix importe peu lorsque le placenta occupe les parois antérieures et postérieures de l'utérus, il indique la main gauche comme main de choix « pour décoller le placenta inséré sur la paroi droite et attaqué par en bas, ou inséré sur la paroi gauche et attaqué par en haut », et la main droite pour « le placenta inséré sur la paroi droite et attaqué par en haut ou inséré sur la paroi gauche et attaqué par en bas ».

Quoi qu'il en soit, introduisez la main droite « aseptisée » quitte à la retirer et à remplacer par la gauche si elle ne remplissait pas les indications de la main de choix. Pour faciliter son introduction enduisez la face dorsale des doigts, du poignet et de l'avant-bras de vaseline aseptique et disposez-la en cône. Dès que la main sera dans le vagin tournez la face dorsale des doigts vers le sacrum (Caginaud, Spiegelberg) et pénétrez dans l'utérus. Deux voies s'offrent à vous pour cette pénétration, dans l'œuf ou en dehors de lui, entre les membranes et la paroi utérine. Le professeur Hildebrandt s'est fait l'ardent champion et l'apôtre de la voie intra-ovulaire. Son élève Kühne (1) dispersa dans sa thèse les idées du maître. Deux considérations principales l'engageaient à préconiser cette méthode : 1° Elle permet d'éviter le plus possible l'infection. 2° Elle atténue les risques de léser la paroi utérine au cours de l'intervention.

Malgré l'autorité du maître cette méthode ne fut pas

(1) Kühne : Die Künstliche Lösung der Plac. innerhalb der Eihaut : Königsb. Dissert., Seipieg. 1873.

toujours suivie. Spiegelberg fait remarquer avec raison que le gant membraneux dont la main est recouverte gêne son action. En voulant employer cette méthode on échoue le plus souvent dans les cas difficiles où justement on aurait le plus besoin d'elle.

Tarnier, M. le professeur Budin (1) recommandent de passer en dehors de l'œuf. Mais cette voie n'est pas toujours praticable. Commode quand le sang a tracé le chemin, elle peut offrir des difficultés sérieuses quand les membranes sont encore adhérentes à la matrice.

Quoi qu'il en soit, ainsi que l'indique M. Varnier entrez dans l'utérus au hasard de la pénétration. Le plus souvent vous restez dans l'œuf. Tentez le décollement, la main coiffée des membranes ainsi que le conseille M. le professeur Pinard. Si vous êtes gêné par elles déchirez les au ras du placenta.

Pendant toute cette progression intra-utérine de votre main, imprimez à cette dernière des mouvements de spire qui faciliteront son introduction. A peine, serez vous, du reste, arrêté dans ce mouvement par « l'anneau de contraction » encore largement ouvert.

Placez la main gauche à plat sur la région abdominale au niveau du fond de l'utérus. Elle maintiendra ce dernier l'empêchant de fuir sous la poussée de la main droite et d'être tirailé dans ses attaches inférieures.

La recherche du placenta n'offre jamais de difficultés sérieuses. La main suivant le cordon comme guide arrive au contact de la paroi utérine, rendue plus épaisse par le placenta qu'on reconnaît aux carac-

(1) Budin : *Progrès méd.*, 1889.

tères suivants : Sa surface est lisse, unie ; « il est moins ferme que la paroi utérine et plus solide que du sang caillé » (Smellie) ; la contraction utérine le fait apparaître plus nettement (Spiegelberg, Chailly) ; à sa surface rampent les ramifications des vaisseaux ombilicaux qui y forment une série de cordons légèrement saillants et divergents ; enfin dans la grande majorité des cas le cordon vient s'implanter à sa surface. Souvent une portion décollée du bord de cet organe en facilite encore la reconnaissance. Cependant quelques méprises ont été faites, qui n'ont guère qu'un intérêt historique. Portal rapporte (obs. 40) qu'une sage-femme ayant pris le col de la matrice pour une portion du placenta voulut en faire l'extraction et donna lieu à un écoulement de sang très abondant. Girard raconte *in Journal général de médecine* T, XLVIII, p. 272, qu'une portion de la matrice relâchée qui faisait saillie dans la cavité de cet organe fut prise pour le placenta. Une sage-femme prit la lèvre antérieure du col très boursouflée pour cet organe (*Journal de méd. et de Chir. pratiq.* art. 1155).

Il n'est guère possible de songer qu'à l'heure actuelle un accoucheur même inexpérimenté puisse commettre de pareilles erreurs.

Le placenta, une fois reconnu, deux questions se posent : par où faut-il commencer le décollement ? et comment le pratiquer ?

Dans les cas où le placenta est déjà en partie décollé tous les accoucheurs conseillent de continuer le décollement par ce point. Pour ce faire Denmann (1) empoigne

(1) Denmann. *Introduc.* à la pratiq. des acc. T. II.

à pleine main la partie décollée et la retourne. P. Dubois tire directement dessus, Godefroy la saisit le plus près possible de la partie adhérente et lui imprime un mouvement de rotation. Ces moyens sont dangereux. Outre la rupture du placenta ils peuvent occasionner une inversion ou une déchirure de l'utérus. Ce malheur arriva à Leroux qui perdit une femme d'hémorrhagie par suite de tractions immodérées sur un lambeau placentaire adhérent qui emporta avec lui une petite portion de la paroi utérine.

Il faut donc s'abstenir de toute traction sur le placenta. C'est la main qui doit séparer directement cet organe en s'insinuant par degrés entre lui et la paroi. Pour bien indiquer la façon d'agir, les auteurs ont cherché des termes de comparaison dans les occupations de la vie habituelle. Faites comme pour séparer « la pulpe de l'écorce d'une orange aigre ou de la Chine » dit Portal ; Baudelocque recommande d'agir comme si on voulait « séparer deux feuilles de papier unies ensemble ».

M. le professeur Budin (1) recommande le bord cubital de la main pour détacher le placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus, le bord radial lorsqu'il siège sur la face antérieure, enfin l'extrémité des doigts tenus rapprochés et fléchis en crochet lorsque l'arrière-faix se trouve au fond de l'utérus. Tarnier prétend qu'on ne réussit guère avec le bord cubital des mains que lorsque le placenta est déjà en partie décollé et conseille l'extrémité des doigts.

(1) Budin. *Loc. cit.*,

Usez donc de tous ces procédés suivant les indications particulières à chaque cas. Commencez par tenter le décollement avec le bord cubital de la main. Il réussit souvent et offre plus de sécurité pour la paroi utérine. Si votre main est mal à l'aise et tourmentée par une position fatigante, changez-la ou employez le bord radial. Enfin si le décollement offre quelques difficultés que vous ne pouvez vaincre par ces moyens, n'hésitez pas à vous servir de l'extrémité de vos doigts réunis, vous achèverez ou vous ferez votre besogne plus facilement.

Dans les cas d'adhérence totale, Hamilton conseille d'appliquer la pulpe des doigts sur la circonférence du gâteau placentaire, puis de rapprocher leurs extrémités, pressant assez fortement sur sa surface amniotique. On le fronce sur lui-même et on le décolle à peu près comme le ferait la matrice elle-même. Heister (1) conseille, dans les cas d'adhérence très grande de la périphérie du placenta, de perforer ce dernier à son centre et d'introduire par cet orifice un ou deux doigts de la main qu'on promène derrière lui, tout autour de l'ouverture.

Il vaut mieux commencer dans tous les cas le décollement par un bord et le poursuivre par les moyens habituels. On choisit de préférence le bord le plus saillant, le plus épais, où la limite entre l'arrière-faix et la paroi utérine est la plus nette. Dans certaines circonstances le placenta, peu épais s'étale en ne formant qu'un léger relief, d'autres fois la zone périphérique de l'or-

(1) Heister. Institut de Chirurgie. Trad. Paul, 1770.

gane va progressivement en diminuant d'épaisseur pour ne plus former à son bord qu'une mince lame soudée à l'utérus. La limite des deux est alors peu précise et Chailly (1) affirme que le point où commence le placenta est très souvent difficile à reconnaître. Pasta (2) conseille pour y parvenir de décoller les membranes de la paroi utérine. Celles-ci se détachent facilement jusqu'au bord du placenta. A ce niveau on éprouve quelque résistance, car le chorion adhérent à ce bord résiste à la traction, circonstance qui indique qu'on est arrivé à la périphérie du gâteau placentaire.

La limite du placenta une fois reconnue, pratiquez le décollement. Mauriceau, Solingen et son élève Hartramfft (3) commencent par le point le plus inférieur pour arriver par des degrés jusqu'au bord supérieur; P. E. Kok (4), Tarnier suivent avec plus de raison l'ordre inverse. Débutez donc par le bord supérieur, tâchez d'insinuer le bord ou l'extrémité des doigts entre le placenta et l'utérus. Une fois le décollement commencé procédez comme il a été dit plus haut. Allez avec lenteur et modération, en dirigeant l'extrémité de vos doigts plutôt vers l'arrière-faix que du côté de l'utérus. Si vous rencontrez quelques tractus adhérents, séparez-les du placenta plutôt que de vouloir par des tractions les

(1) Chailly. *Traité. pratiq. de l'Art des Accouchements*, 1857.

(2) Pasta André : *Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes*, Trad. Alibert. An VIII.

(3) Hartramfft : *Sur la nécessité de faire aussitôt après l'accouchement l'extraction d'un plac. adhérent*. Th. Leipzig 1735. in Th. de Haller. Trad. Macquard. Paris 1757, T. II. p. 74.

(4) P. E. Kok. *Dissertation sur le danger qui peut résulter du séjour trop prolongé du délivre*, 1806, Bruxelles.

détacher de l'utérus. Ne grattez jamais brutalement la paroi de cet organe. Il ne faut pas un grand traumatisme pour causer des désordres graves : une observation de Guéniot (1) le prouve. Du reste la main placée sur la paroi abdominale vous renseignera sur l'épaisseur des tissus qui la séparent de celle qui décolle le placenta et vous montrera que vous n'entamez point la paroi utérine. Ne décollez jamais que sur cette main qui surveille votre travail et vous sert de guide. Une contraction survient-elle, mettez votre main à plat comme dans la version. Si c'est au début de votre intervention, profitez de ce répit pour employer le peu de mouvement et de sensation que votre main, serrée comme dans un étau vous laisse de perception nette, à reconnaître les limites et la saillie du placenta que la contraction utérine exagère. La contraction cessée, continuez votre besogne. La main pressée quelquefois fortement est vite fatiguée ; retirez-la au début d'une contraction pour réintroduire l'autre quand cette contraction aura cessé. Ne redoutez point ce changement de main ; cela est quelquefois nécessaire pour faciliter la besogne. On fut obligé d'y recourir dans quatre de nos observations.

Avant de pratiquer l'extraction de l'arrière-faix, assurez vous bien que le placenta est totalement décollé. Rassemblez alors la masse des caillots et de l'arrière-faix dans votre main recourbée en forme de cuiller qui embrasse le tout et l'entraînera au moment de la sortie. La gauche quittera la paroi abdominale pour opérer

(1) Guéniot Des adhérences anormales du placenta. *Arch. de Tocologie*, 1877 et 1875.

des tractions sur le cordon et favoriser l'extraction. Profitez d'une contraction utérine qui tend à chasser votre main avec tout ce qu'elle entraîne ; mais faites l'extraction avec lenteur pour permettre à l'utérus de se contracter derrière votre main et aux membranes de se détacher. Si quelque lambeau de ces dernières se tend, remontez la main pour en étudier la cause et y remédier : détachez-les prudemment, ou décollez un cotylédon aberrant qui les retient.

Pour favoriser le retrait de l'utérus, faites le masser par des pressions extérieures, fermes, soutenues et méthodiques qu'on continuera pendant que vous examinerez attentivement l'arrière-faix.

Le plus souvent cet examen ne vous donnera que des indications incertaines. La constatation de l'intégrité du délivre est presque toujours rigoureusement impossible. Fochier (1) assure qu'il peut manquer à la face utérine du placenta « des morceaux de la grosseur d'une noisette ou d'une noix sans qu'on puisse le découvrir même par l'examen le plus attentif lorsque la dilacération de cette face est assez étendue et complexe ». « C'est là un fait de pratique, ajoute-t-il qui démontre que dans toute délivrance artificielle où le placenta a été déchiré, il ne faut pas se contenter d'examiner le délivre, il faut s'assurer directement que la paroi utérine n'a retenu aucun fragment placentaire ».

Fort de ce conseil, réintroduisez la main pour explorer la cavité utérine. Examinez attentivement toutes les

(1) Fochier. Note sur l'Intégrité du placenta dans les délivrances artificielles. *Lyon méd.* 1875.

parties de façon à n'omettre aucun point, reconnaissez sans y voir rien d'anormal le relief léger du placenta maternel.

Si quelque part vous rencontrez une petite saillie proéminente dans la cavité, étudiez-en les qualités avant de songer à en débarrasser l'utérus; pensez à la possibilité d'un petit fibrôme et ne vous évertuez pas à en pratiquer l'ablation. Si la paroi est partout lisse et unie, retirez les détritüs libres qui peuvent avoir séjourné dans la cavité et prenez la sonde intra-utérine pour l'introduire sur votre main toute placée.

B. Délivrance artificielle difficile

Deux circonstances peuvent rendre difficile la délivrance artificielle :

1° L'adhérence anormale du placenta.

2° Sa rétention dans l'utérus par une contracture anormale de cet organe ;

Dans le premier cas la main décolle avec peine le placenta ; dans le second elle éprouve des difficultés parfois insurmontables pour pénétrer dans l'utérus et aller à sa recherche. Dans ces cas le chloroforme est utile pour faciliter les manœuvres souvent pénibles pour la femme.

(A) *Adhérence anormale du Placenta.*

Normalement le placenta adhère d'une façon assez lâche à la matrice. Après l'expulsion du fœtus, la rétraction et la contraction utérine triomphent facilement de cette adhérence physiologique. La main pratique de même sans difficulté ce décollement. On dit qu'il y a

adhérence anormale lorsque le processus physiologique de rétraction de l'utérus, non vicié dans son intervention par une cause quelconque, n'arrive pas à séparer de lui même l'arrière-faix. La main peut alors éprouver de grandes difficultés. On a parlé de cas extrêmes dans lesquels on n'a pu parvenir à séparer les deux organes sur la table d'autopsie.

Ces faits d'adhérence anormale sont fort rares. Dans aucune de nos observations il n'est fait mention de cas de ce genre. On a toujours pu avec plus ou moins de facilité détacher complètement l'arrière-faix. Madame Lachapelle, dans sa longue pratique, n'en signale pas un seul cas, au dire de Mordret (1).

Baudelocque, in lettre à Alibert fait à ce sujet la remarque suivante : « Le mot adhérent extraordinaire est commun dans la bouche des accoucheurs quoique rien ne soit plus rare ».

Cependant on en a cité des exemples indéniables : Sur une femme morte treize jours après son accouchement, Morgagni trouva une portion du placenta décollée et pendante dans le col, et l'autre tellement adhérente qu'il put à peine la détacher au scalpel. Sur une pièce de Pajot, cet instrument aurait été insuffisant pour détruire les adhérences du placenta à l'utérus.

D'autres observations ont été citées par Smellie, P. Dubois, etc... qui durent laisser subsister dans l'utérus des morceaux plus ou moins volumineux de placenta qu'ils ne pouvaient décoller.

(1) Mordret. Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta : *Moniteur des Hôpitaux*, 1854 et 1855.

Si vous vous trouviez en présence de pareils cas, redoublez d'ardeur et de patience. Tâchez de laisser le moins possible de tissu placentaire. Pour cela usez de toutes les ressources dont dispose votre main. Introduisez-la plusieurs fois dans l'utérus si c'est nécessaire. Détachez le placenta par lambeaux, si la facilité et l'efficacité de l'opération le commandent. De la Motte dans un cas semblable introduisit plusieurs fois la main et retira le placenta en plus de vingt morceaux ; Peu l'amena au dehors en trente pièces. Peu importe la dilacération et l'effritement du placenta, pourvu que vous le sortiez en totalité de l'utérus. L'opération est toujours longue, pénible, difficile ; la main fatiguée agit avec moins de précision et de sûreté ; en outre, elle opère souvent en plein tissu placentaire, qu'elle sculpte pour ainsi dire à petits coups jusqu'à la paroi utérine. Aussi cette dernière est-elle fortement en danger. Arrêtez-vous à temps pour ne pas l'endommager ; les exemples de perforation utérine dans ces conditions ne sont pas rares. « Saint-Armand cite l'observation d'une femme morte d'une inflammation gangreneuse de l'utérus à la suite de manœuvres employées pour la décortication du délivre, Røderer a vu sur le cadavre d'une femme morte d'hémorrhagie utérine après avoir été délivrée avec violence, la surface interne de l'utérus déchirée de manière que les fibres charnues étaient mises à vu dans une grande étendue » (Jacquemier) Agissez donc avec la plus grande prudence et ayez toujours présents à la mémoire les deux principes suivants : le premier de ne jamais travailler au décollement placentaire que sous la main abdominale ; l'autre, conseillé

par Smellie et Baudelocque, de détacher tout ce qu'on peut, abandonnant le reste à la nature tout en surveillant les accidents qui peuvent en résulter pour les combattre. Dans cette voie deux moyens vous restent : le curettage instrumental de la surface d'insertion placentaire, et, en désespoir de cause, l'opération de Porro.

(B) *Rétention du placenta dans l'utérus par une contracture de cet organe.* — Dans certaines circonstances le placenta, décollé ou non, peut être retenu dans l'utérus par une contracture anormale de cet organe. Cet accident est dû presque toujours à une mauvaise conduite de la période de délivrance (administration d'ergot de seigle, temporisation prolongée).

La main peut éprouver les plus grandes peines pour vaincre la contracture et aller à la recherche du placenta. Dans certains cas même, elle rencontre des difficultés insurmontables. Il faut alors faire appel à une série de moyens que nous allons énumérer.

La main introduite dans le vagin arrive au niveau du col dont la traversée peut offrir quelques difficultés. D'autres fois, c'est plus haut, au niveau de l'anneau de contraction coarcté, qu'elle est arrêtée. Dans ces cas il faut d'abord tenter la dilatation avec le doigt.

Tandis que la main gauche appliquée sur la paroi abdominale soutient fortement l'utérus, la droite engage un doigt, puis deux etc. dans l'orifice qu'elle s'efforce ainsi de dilater. Bientôt les trois doigts finissent par pénétrer. C'est alors le moment de placer la main en cône en réunissant l'extrémité des doigts en un étroit

faisceau qui va s'insinuer à son tour. Faites le pénétrer en lui imprimant des mouvements de rotation et agissez avec patience et douceur. L'utérus excité par ces manœuvres se contracte, empêchant pour un temps la progression de la main. Mais peu à peu la résistance diminuera et vous arriverez à la vaincre complètement. Dès lors le plus grand diamètre de votre main mesuré au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes passera facilement et celle-ci se trouvera tout à coup plus libre dans la cavité utérine. Vous pourrez alors travailler au décollement et à l'extraction du placenta.

La lutte sera plus ou moins longue, ne vous découragez pas trop vite : un quart d'heure, une demi-heure de patientes tentatives n'a rien d'exagéré. Surtout, de guerre lasse, ne vous laissez jamais aller à un déploiement de force trop considérable et susceptible de causer de graves dangers. On trouve dans Smellie deux exemples de déchirure du col par suite d'efforts pour le distendre. Opérez prudemment quoique avec énergie, en vous persuadant bien que « c'est une lutte non de vigueur mais de patience dont on sort habituellement vainqueur ». Si vous échouez par ce moyen, vous en avez d'autres à votre disposition. Doleris (2), Tarnier (3) conseillent l'abaissement du col pour faciliter la dilatation. Une pince de Museux est profondément implantée dans chacune des lèvres du col qu'on amène ainsi à la vulve, on pratique ainsi plus facilement sa dilata-

(1) Smellie : T. III. Obs. 2 et Obs. 9.

(2) Doléris : Soc. obstétricale de Paris 1886.

(3) Tarnier : Asepsie loc. cit.

tion avec les doigts ou des bougies d'Hégar, grâce au point d'appui que donnent les pinces.

S'il est impossible d'amener ainsi la dilatation à un degré suffisant n'hésitez pas à introduire un ballon dilatateur. Choisissez de préférence le ballon Champetier à cause de sa rigidité plus grande. Son introduction ne nécessite pas un orifice bien grand. Au besoin même, vous aurez commencé la dilatation avec les doigts ou les bougies d'Hégar. Le ballon a l'avantage d'opérer progressivement la dilatation et suivant le même mécanisme que pour l'accouchement. On l'introduit et on le gonfle comme à l'ordinaire. Sa présence fait naître dans l'utérus des contractions qui tendent à le chasser en pressant sur le col qui s'entr'ouvre peu à peu et finit par lui livrer passage. Le placenta décollé peut suivre le ballon et être expulsé derrière lui. S'il reste dans l'utérus il faut de suite introduire la main pour en pratiquer le décollement et l'extraction. Tarnier recommande même de substituer la main au ballon au moment où ce dernier va être expulsé par crainte d'une brusque rétraction de l'orifice après le passage du ballon. « Quand on jugera, dit-il, que le ballon va être expulsé de l'utérus on introduira la main dans le vagin, puis on videra lentement le ballon en ouvrant son robinet. Le ballon se dégonflera peu à peu et au fur et à mesure qu'il diminuera de volume on glissera dans le col, puis dans la cavité de l'utérus les doigts qui viendront prendre sa place de sorte qu'au moment où le ballon sera entièrement vidé la main aura pénétré dans l'utérus ».

Dans les cas d'enchatonnement, la même ligne de conduite s'impose ; il faut dilater l'orifice qui conduit

dans « l'arrière-boutique », soit avec le doigt, soit avec le ballon. Bubendorf (1) insiste à ce sujet sur la douceur avec laquelle il faut introduire la main. » [Nous soulignerons d'une façon toute spéciale, dit-il, la douceur d'action de cette main qui glissera avec lenteur et ménagement jusque vers l'orifice afin de ne pas réveiller dans l'utérus une réaction spasmodique absolument nuisible au but que nous voulons atteindre, nous souvenant ainsi du précepte d'un vieil accoucheur qui disait que « les matrices et les femmes ne veulent pas être prises d'assaut ».

Dans sa progression jusqu'au placenta la main trouve l'utérus comme composé de trois cavités :

1° La cavité du col qui remonte jusqu'à l'anneau de contraction ;

2° La cavité du corps ;

3° La cavité de la loge où le placenta est enkysté.

Les deux parties retrécies qui séparent ces cavités peuvent tour à tour créer des difficultés pour l'introduction de la main. Nous nous sommes étendus plus haut sur la façon de lutter contre la rétraction de l'anneau de contraction.

La main arrivée à l'orifice plus ou moins étroit qui conduit dans la loge de l'enkystement dilate cet orifice comme pour la traversée du col. Dans les cas où la large dilatation par les doigts est impossible, Dubroca (2), de Bordeaux, avait conseillé sa méthode de décollement du placenta par érosion. Elle consiste avec un doigt ou

(1) Bubendorf., th. Nancy, 18...

(2) Du châtonnement du plac. *Bull. de Méd. de Bordeaux*, 1835.

deux introduits par l'orifice de « l'arrière boutique » à dilacérer le placenta avec les ongles pour l'extraire ainsi par morceaux. Mais cette méthode est dangereuse, elle expose à la déchirure de l'utérus et à la rétention d'une portion plus ou moins volumineuse du placenta. Il est préférable d'agir avec plus de liberté d'action ; aussi en cas de dilatation digitale insuffisante, il vaut mieux recourir à l'emploi du ballon Champetier. Le ballon expulsé, la main reprendra sa place ou se substituera à lui comme le conseille Tarnier pour pratiquer à son aise le décollement du placenta. La plupart du temps, en effet, ce dernier est adhérent dans sa loge. Dans nos six observations d'enchâtonnement, le placenta était décollé une seule fois. Dans quatre cas, il s'agissait d'adhérence partielle, une fois seulement d'adhérence totale.

L'extraction de l'arrière-faix se fera la plupart du temps avec peu de difficultés. Il résulte, en effet, des recherches de M. Duncan (1), que toutes les fois que la main peut être introduite, le placenta ne présente pas d'obstacles sérieux dans son extraction.

D'après ses expériences tous les placentas passent à travers un orifice de deux pouces à deux pouces et demi de large. Or, la main exige une ouverture de deux pouces et demi et même trois.

(1) M. Duncan : Du degré d'ouverture du col nécessaire pour laisser passer le placenta et la main de l'accoucheur : *Édimb. méd. journ.* 1874 p. 890.

Soins consécutifs.

La grande majorité des accoucheurs français font suivre la délivrance artificielle d'une injection intra-utérine. A l'étranger, les soins consécutifs applicables à cette opération varient beaucoup ; les uns s'abstiennent de toutes précautions ; les autres les poussent aux extrêmes limites. Gossmann (1) et Hahn (2) représentent à ce point de vue les deux opinions opposées. Le premier juge l'injection intra-utérine inutile si l'opérateur s'est désinfecté les bras et les mains d'une façon rigoureuse. Outre, dit-il qu'une injection antiseptique ne suffit pas à rendre la cavité aseptique, il reproche à ce lavage d'évacuer tout le sang fraîchement écoulé qui, non seulement agit lui-même comme une irrigation de dedans en dehors, mais possède d'après les recherches de Nuttal et Büchner des propriétés bactéricides.

Hahn (2), au contraire, pratique le tamponnement de la cavité utérine suivant la méthode de Dührssen. Aussitôt après la délivrance artificielle, il fait une injection intra-utérine avec une solution de lysol à 1/100. Puis, la main étant dans l'utérus, il saisit avec une pince une longue bande de gaze (5 m. de long sur 12 à 15 cm. de

(1) Gossmann. De la rétention du placenta et de la délivr. artificielle, *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1890, n° 46-47.

(2) Hahn. Zur manuellen Placentarlosung und Abortausräumung. *Deutsche méd. Wochensch.*, n° 22, 1897.

large) imbibée de solution de lysol, qu'il introduit dans l'utérus sans l'exprimer, et en ayant soin de conserver quelques centimètres de cette bande pour garnir le vagin. Il laisse ce tamponnement 48 heures, pour faire après son ablation, une ou deux injections vaginales par jour avec la solution de lysol.

A la clinique Baudelocque on se contente d'une injection intra-utérine de biiodure à 1 p. 4000. Cette irrigation faite à une température élevée à l'avantage d'entraîner avec elle les détritüs qui pourraient séjourner dans la cavité utérine, d'assurer l'asepsie de cette dernière et enfin de stimuler la contraction utérine. On fait ainsi passer dix litres de solution antiseptique. Il est préférable de terminer l'irrigation à l'eau bouillie simple comme lavage, pour entraîner ce qui pourrait rester de solution antiseptique dans les organes maternels. La femme est ensuite remplacée dans son lit et soumise au même régime que celui des accouchées ordinaires.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE STATISTIQUE

(A) *Généralités.* — Une statistique judicieuse de la délivrance artificielle, présente de grandes difficultés. Outre qu'elle n'est pas à l'abri des défectuosités générales qu'offre toute tentative de ce genre, elle doit remplir certaines conditions particulières qui n'ont pas toujours été réunies dans celles publiées jusqu'à ce jour.

1° Elle doit rassembler un assez grand nombre de cas ; une quantité restreinte d'observations ne prouve rien. Telle la statistique de Kleinschmidt (1) qui, sur 21 délivrances artificielles donne 6 morts, ce qui fait une mortalité extraordinaire de 28,5 0/0.

2° Il faut séparer nettement les cas d'accouchements à terme ou près du terme des cas d'avortements. Moins la grossesse est avancée plus la rétention placentaire est fréquente, par conséquent le nombre des délivrances artificielles s'élève en même temps que le pronostic devient plus favorable.

(1) in Winckel Bericht. med. Studien Leipsig 1892.

3° Ici comme dans toute statistique, les chiffres recueillis dans une Maternité sont toujours un peu supérieurs à la réalité. En effet, quelques femmes accouchées au dehors ne viennent réclamer l'assistance de la clinique que pour l'extraction du placenta. La proportion des délivrances artificielles augmente ainsi que la gravité du pronostic.

4° En outre tous les auteurs ont publié jusque là, sans les différencier les cas où la délivrance artificielle a été la seule intervention faite sur la femme, des autres où elle avait déjà subi une opération quelconque, (forceps, version etc.) Le résultat de ces statistiques ne peut donc être accepté sans réserves.

En résumé, pour se faire une idée juste de la fréquence et du pronostic de la délivrance artificielle il faudrait remplir les conditions suivantes.

1° Avoir un assez grand nombre de faits.

2° Séparer nettement les délivrances artificielles pratiquées chez des femmes à terme ou près du terme, des cas pratiqués à la suite d'accouchements à 6 ou 7 mois et à plus forte raison d'avortements.

3° Eliminer les cas des femmes qui sont accouchées avant leur entrée dans le service et qui ont été amenées en vue d'une délivrance artificielle.

4° Pour l'étude du pronostic, ne tenir compte que des cas où la délivrance artificielle a été la seule intervention faite chez la femme.

Les éléments de notre statistique qui remplissent ces conditions sont tirés des archives de la clinique Baudelocque depuis son origine 1889, jusqu'à la fin de l'année 1896, ils comprennent tous les cas où la déli-

vrance artificielle fut la seule intervention pratiquée chez des femmes accouchées à terme ou près du terme avec fœtus vivants ou morts au cours du travail. Cette statistique rassemble 115 cas que nous avons réunis plus loin sous forme de tableaux plus faciles à lire et moins monotones qu'une série d'observations.

(B) *Fréquence.* — Autrefois, la fréquence des cas dans lesquels on intervenait par la délivrance artificielle, variait beaucoup suivant les divers accoucheurs. Tandis que Deventer, Mesnard, pratiquaient systématiquement cette opération après chaque accouchement, Louise Bourgeois n'y avait recours que dans 0,1 0/0 des cas. « Je peux bien dire avec vérité, dit-elle, qu'en plus de 2000 accouchements je n'en ai été quérir dans la matrice que 2. »

Au commencement du XIX^e siècle, la concordance des diverses statistiques est encore bien peu uniforme ainsi que le constate Velpeau « Sous le rapport de la fréquence, dit-il, il en est de la délivrance artificielle comme de l'accouchement difficile », les proportions varient presque selon chaque accoucheur (1) ».

A mesure que l'entente se fait entre les divers accoucheurs, les statistiques donnent un pourcentage plus concordant.

Gossmann (2) relève ainsi la fréquence de la délivrance artificielle dans les diverses cliniques : à Dresde, d'après le rapport de Léopold sur 4128 accouchements, on observe 25 délivrances artificielles, soit une proportion

(1) Velpeau, in Th. de Beauvoisin. Th. Paris 1837, p. 10.

(2) Gossmann : Münchener medisch. Wochensch., 1890, n^o 16 et 17.

de 0,16 0/0. A Munich 0,23 0/0 ; à Vienne 0,37 0/0.

Lange, dans la statistique qu'il donne de la clinique de Königsberg du 1^{er} novembre 1877 au 31 octobre 1882 relève 1942 accouchements et 8 délivrances artificielles, soit une proportion de 0,41 0/0.

Guttmann (1), à la clinique du professeur Olshausen donne 4 0/0 ; Freund, à la clinique de Strasbourg, 12,5 0/0.

En France, M. le professeur Budin (2 dans le service de la Charité d'octobre 1891 à décembre 1894 sur 3295 accouchements a relevé 25 délivrances artificielles, soit 0,7 0/0.

Notre statistique recueillie dans le service du professeur Pinard à la clinique Baudelocque donne sur 12867 accouchements, 115 délivrances artificielles, soit une proportion de 0,89 0/0.

Sur les 12867 accouchements nous relevons 5846 primipares et 7021 multipares ; la fréquence serait donc de 1,11 0/0 chez les premières (65 délivrances artificielles) et de 0,71 0/0 chez les dernières (50 délivrances artificielles).

(C) *Pronostic.* — Tous les accoucheurs considèrent la délivrance artificielle comme une opération grave. On ne se trompera pas, dit Stumpf (3), en disant que la délivrance artificielle est l'opération obstétricale la plus dangereuse, y compris l'opération césarienne.

Zagato (4) assure que le praticien fait avec une âme

(1) Guttmann : Thèse Berlin, 1895, n° 54.

(2) Budin : Femmes en couches et nouveaux-nés.

(3) in Winckel : Bericht und Studien Leipsig 1892.

(4) Distacco manuale della placenta. *Gaz. d. Osp.*, 8 nov., 1896.

plus tranquille une embryotomie qu'une délivrance artificielle.

En effet, si nous consultons les statistiques publiées depuis l'ère antiseptique nous pouvons dire avec Gossmann (1) que le chiffre de 4 0/0 de mortalité n'est pas exagéré,

Orthmann (2) à la Polyclinique de Martin donne le chiffre de 1,8 0/0 ; Ahlfeld (3), 7,5 0/0.

Guttmann (4) relève sur ses 100 cas 12 mortes.

En expurgeant sa statistique il arrive au chiffre de 5 0/0 de mortalité. Il accuse la morbidité suivante : 17 cas avec fièvre passagère n'atteignant pas 39° ; 8 cas de fièvre persistante avec plus de 39° (non compris les cas de mortalité).

La meilleure statistique au point de vue des résultats est assurément celle de Freund (5) qui sur 138 délivrances artificielles pratiquées à la Polyclinique de Strasbourg ne perdit pas une seule femme et n'eût que dans 28 cas des suites de couches fébriles.

En dépouillant nos observations nous trouvons.

(a) *Mortalité*. — 2 femmes mortes. Ce sont celles dont les observations suivent.

(1) Gossmann : *Münch. med. Wochensch.*, 1890 n° 16 et 17.

(2) Orthmann : *Deutsch., med. Wocheusch.*, 1890 n° 3.

(3) Ahlfeld : *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.* XVI.

(4) Guttmann, *loco citato*.

(5) Freund : *Berliner Klinik*, 1890, n° 29.

OBSERVATION I

Année 1890. N° 438.

*Grossesse gemellaire de l'accouchement artificiel
par hémorrhagie. — Femme morte.*

C. A., 24 ans, Hpare. Première grossesse fut aussi double.
P. R. 2 août 1889.

Au cours de la grossesse, pertes sanguines de peu de durée et d'abondance mais répétées. Pendant les derniers mois de la grossesse cette femme est très affaiblie et la veille de l'accouchement elle a une température de 38° et fait une hémoptysie peu abondante.

Début du travail le 31 mai 1890 à 2 heures le soir. A son entrée le même soir à 7 h. 33 elle a une dilatation de cinq francs qui est complète à midi 30, le 1^{er} juin ; on rompt la poche des eaux et les deux fœtus sont successivement expulsés le premier par le sommet en G. A., le deuxième en présentation du siège complet orienté en D. A.

Le premier fœtus du sexe féminin pèse 2.960 gr.

Le deuxième fœtus du sexe masculin pèse 2.750 gr.

Ils ont été expulsés le premier à 2 h. 5 de l'après-midi ; le deuxième à 3 heures.

Trente-cinq minutes après l'expulsion du deuxième fœtus la femme perdant abondamment, Mlle Roze pratique la délivrance artificielle. Elle trouve une partie de la masse placentaire adhérente dans la corne droite de l'utérus. Elle pratique difficilement le décollement, gênée par la masse énorme décollée du placenta et par une grande quantité de caillots qui distendent l'utérus et qu'il fallut évacuer après l'extraction du placenta. La quantité de sang perdu par cette femme est évaluée environ à 12 ou 1300 gr.

Piqûres d'éther. Alcool.

La masse placentaire unique pèse 910 gr.

Les deux cordons sont insérés sur la portion de placenta correspondant au milieu de chaque œuf.

Suites de couches. — Le lendemain la femme se plaint de

maux de tête et de lassitude générale. Elle a un léger frisson et sa température marque :

le matin, 37°4, le soir, 38°6.

Le surlendemain sueurs profuses, frissons, abdomen sensible à la pression.

Température. — Matin 38°8, soir 38°5.

Le poulx est entre 130 et 140 et la température autour de 39° jusqu'au 6 juin où elle présente une grande agitation et du délire.

Elle meurt le 7 juin à 7 heures du matin.

Autopsie. — Le cœur, les poumons et l'appareil digestifs ne présentent aucune lésion.

Pas de fausses membranes dans le péritoine qui ne contient que 2 ou 3 verres de liquide couleur de bière. Pas de lésions encéphaliques ni rénales. Le foie est volumineux, gras, de coloration feuille morte. Les ovaires et les trompes paraissent sains. L'utérus bien rétracté dépasse à peine de deux travers de doigt l'aire du détroit supérieur. En ouvrant le vagin et l'utérus on constate que le vagin est propre ainsi que la partie inférieure de l'utérus. Dans la cavité utérine proprement dite la face interne de l'organe est recouverte d'un détritüs grisâtre qui se laisse détacher facilement.

Sur la face antérieure de l'organe et au voisinage de la corne droite on constate les vestiges de l'insertion placentaire. Le muscle utérin présente à ce niveau une épaisseur considérable. Il y a par points quelques débris de cotylédons placentaires assez adhérents.

OBSERVATION II

Année 1896. N° 1462.

F..., Hpare, entre à la Clinique le 17 août, dans la salle des femmes enceintes. Présentation du siège. Placenta sur le segment inférieur. Hémorrhagies pendant la grossesse. Application de la ceinture eutocique pour fixer la tête en bas. D. R. du 3 au 7 décembre. H. U. 33

Début du travail le 24 août à 2 heures du soir. La femme

est amenée à la salle de travail perdant un peu de sang. La dilatation est comme 1 fr. Mlle Roze pratique la rupture des membranes, et arrive sur une partie de placenta décollé. Bruits du cœur normaux.

A 5 h. 45, dilatation presque complète. La femme pousse à 5. h. 50. Frisson violent qui dure 10 minutes. Pendant ce temps on ne peut ausculter. La tête d'abord élevée, s'engage rapidement; les bruits du cœur cessent tout à coup. A 6 h. 10, expulsion d'un fœtus mort du poids de 2.570 gr. T. aussitôt l'accouchement 40°4, pouls 150.

A 6 h. 30, hémorrhagie grave. Extraction manuelle du placenta par Mlle Roze et injection intra-utérine très chaude.

Soir du premier jour et matin du deuxième jour, température normale.

Soir du deuxième jour 37°8. Injection intra-utérine. Lochies infectes. 10 gr. sérum Marmoreck.

Soir du troisième jour 38°6. Injection intra-utérine et 10 gr. sérum.

Soir du quatrième jour 39°2. Injection intra-utérine et 10 gr. sérum.

29 août matin cinquième jour T. 38°9. Irrigation continue à 2 h. 30 du soir. La température est alors 41°2, pouls 132.

Le 30 à 7 h. au soir. On reprend l'irrigation continue jusqu'au 31 au soir; 10 gr. sérum.

A 9 h. 30 du soir, curettage par M. Wallich. Extraction de débris de caduque infects,

A 10 h. 30, frisson durant 15 minutes.

Le 30. Injection intra-utérine. 10 gr. sérum Marmoreck. 1^{er} septembre, deuxième curettage, 20 gr. sérum.

Le 2. Injection intra-utérine, 10 gr. sérum.

M. Roux conseille l'emploi de sérum plus actif. On lui en injecte 50 gr.

Le 3. Matin 50 gr. de sérum (actif).

Soir 50 gr. de sérum (actif). Frisson. Délire.

4 septembre, 50 gr. sérum Marmoreck.

M. Varnier et M. Hartmann examinent la malade et après avoir constaté qu'il n'y a pas d'albuminurie, aucune réaction péritonéale, pas de collection purulente, 40°, 160 pulsations, décident de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Après l'opération, frisson violent. Température 41°.

7 heures. Injection de 500 gr. sérum salé.

9 heures. Injection de 500 gr. sérum salé.

Le 5. Douleurs abdominales violentes. Morphine. 40 gr. sérum actif.

Le 6. Diarrhée. M. Hartmann fait le premier pansement.

Ventre souple. Langue sèche. Facies pâle, un peu grisâtre.

Ablation du tampon vaginal. Peu d'écoulement, pas de fausses membranes. On cesse les injections de sérum.

Le 7. Langue sèche. Délire. Sérum salin 500 gr.

A 6 heures du soir, 180 pulsations. Ne s'alimente plus.

Le 8. État comateux. Morte le 8 septembre à 8 heures du soir.

Autopsie. — L'utérus et la rate ont été examinés par MM. Varnier et Marmoreck.

Le poumon droit est sain. Le poumon gauche est considérablement réduit de volume, il est recouvert de fausses membranes. La plèvre gauche contient environ un litre de pus clair. Le cœur est normal. Le foie est en putréfaction. Les reins ne présentent aucune particularité.

L'ensemencement du liquide péritonéal a donné des cultures de streptocoques. Le liquide de la plèvre a donné des cultures de gros et de petits bâtonnets mélangés à des streptocoques.

Les coupes du poumon examinées au niveau des fausses membranes pleurales, montrent une infiltration abondante de streptocoques.

RÉFLEXION : Il est vraisemblable que dans ces deux cas de mort, l'intervention a facilité l'infection. Nous ferons remarquer toutefois que chez ces deux femmes, l'une (ob. I), a présenté une température de 38° la veille de l'accouchement et a eu une hémoptysie ; l'autre une température de 40°4 et un pouls qui marque 150 pulsations aussitôt l'accouchement terminé.

Il y a donc lieu de se demander si ces femmes n'étaient pas déjà en puissance d'infection.

D'autre part, ces deux observations concernent des femmes débilitées par leur grossesse ; chez l'une en effet on relève une grossesse double avec des pertes de sang répétées ; chez l'autre une insertion vicieuse du placenta avec des hémorrhagies multiples pendant la grossesse et au début du travail. Ces deux femmes sont donc des surmenées de la grossesse et ne sauraient être assimilées à des accouchées normales.

MORBIDITÉ. — Sur les 113 femmes qui ont survécu la morbidité fut la suivante : 49 femmes présentèrent pendant leurs suites de couches une élévation de température (24 multipares, 22 primipares, 3 grossesses doubles) Chez 32 la fièvre n'a jamais dépassé 38° plus de 48 heures ; Chez 17 elle resta au-dessus de 38 pendant plus de deux jours.

Toutes ces élévations de température ne doivent pas être mises sur le compte de la délivrance artificielle. Les fièvres légères ne sont pas encore rares au cours du post partum. Un certain nombre de ces cas sont dûs à des troubles de l'intestin d'autres ont une origine mammaire et relèvent d'infections dûes à des crevasses du mamelon.

Sur les 32 cas de fièvre éphémère et de peu d'intensité nous trouvons 10 observations où les infections mammaires sont en cause.

Il ne nous reste que 17 observations de femmes dont la température a dépassé 38° plus de quarante huit heures. Chez ces dernières il est manifeste qu'on doit accuser la délivrance artificielle. Ceci donne une morbidité de 16 0/0. Dans ces observations nous relevons néanmoins 4 insertions vicieuses du placenta ; 2 fois une reten-

tion des membranes, 1 éclamptique dans le coma, une femme albuminurique, un cas de rupture prématurée avec liquide fétide, une femme syphilitique

Nous avons en outre observé deux cas de phlegmatia alba dolens. Bailly (1) avait déjà attiré l'attention sur la fréquence de cette complication au cours de la délivrance artificielle.

(1) Bailly : *loc. cit.*

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	ENTRÉES	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE TOTALE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta	SUITES de couches
1890	196	T	à terme	OIDP	9 h.	53 m.	art. à D. de 0.50 cent.	3000g.	3 h.	420 gr.	P
—	256	G	8 mois	OIDP	5 h.	1 h. 25	prématurée	2280	1 h.	330	P
—	338	T	à terme	OIDA	?	1 h. 25	?	3570	?	560	P
—	356		à terme	OIDP	46 h.	2 h. 25	art. à D. C.	3700	20 m.	50)	P
—	401	T	8 à 9	OIDP	9 h.	50 m.	précoce	2560	1 h. 30	420	N
—	441	T	à terme	OIDA	48 h.	2 h.	tempestive	4860	1 h.	720	P
—	643	T	à terme	OIGP	41 h.	1 h.	?	3410	1 h.	520	P
—	667	T		OIDA		45 m.		1270	3 h. 45	250	P
—	876	T	8 à 9	OIGA	40 h.	2 h.	art. à D. C.	3270	3 h. 30	480	N
—	1067	T	à terme	OIGA	21 h.	2 h.	?	2420	5 m.	?	P
—	1103	T	8 mois	OIGA	8 h.	1 h. 30	?	2150	1 h. 15	420	N
—	1238	T	8 à 9	OIGP	3 h.	1 h. 45		3550	?	600	P
1891	886	T	8 à 9	OIDP	12 h.	53 m.	art. à D. C.	2100	1 h.	?	N
—	1169	T	à terme	OIGA	42 h.	1 h. 15	sp. à D. C.	2430	30 m.	550	N
—	1262	T	à terme	OIDP	46 h.	30 m.	?	3120	20 m.	480	P
—	1596	T	8 à 9	OIGA	6 h.	30 m.	hâtive	2300	5 h. 30	400	P

Partie A. — PRIMIPARES

Température n't dépassé 38°		OBSERVATIONS
ins 8 h.	plus de 48 h.	
1		Bord sup. du plac. adhérent et enchatonné. Décollement difficile; on introduit trois fois la main.
1		Hémorrhagies au cours de la gross. Procidence du cordon. Dél. artif. pour hémorrhagie, phlegmatia alba dolens au 15 ^e j. Membranes 30 sur 0.
1		Dél. artif. pour hémorrhagie. Plac. étranglé en son milieu par un anneau contracté de l'utérus que la main franchit assez facilement. Rétention du chorion et de la caduque.
1		Dél. artif. pour hémorrhagie, 1,400 gr. de sang recueilli. Plac. en raquette. Placenta complètement adhérent et enchatonné dans la corne utérine gauche.
1		Dél. artif. pour hémorrh. Plac. en partie adhérent à la face ant. de l'utérus.
1		Délivr. pour hémorrhagie. La main traverse avec peine un endroit rétréci de la cavité utérine qui conduit dans une loge où le plac. est en partie adhérent. A la surface int. de l'utérus, saillies formées par de petits fibromes rendant le décollement difficile.
1		Délivr. artif. pour hémorrhagie. Délivr. artif. pour adhérence d'un cotylédon plac. à la corne droite de l'utérus.
1		Dél. actif. immédiate pour hémorrhagie. Rétention des membranes. Dél. artif. pour hémorrhagie 1,000 gr., de sang recueilli. Femme albuminurique. Fcyers hémor. du plac.
1		Dél. artif. pour hémorrh. plac. en partie adhérent dans une loge située à droite de l'utérus. Temp. mammaire. Extraction manuelle du plac. Après l'expulsion du fœtus issue d'un œuf du vol. d'un œuf de pigeon constitué par un embryon momifié. Délivr. artif. pour hémorrhagie 1,110 gr. de sang recueilli.
1		Dél. art. pour hémorrh. temp. mammaire 38° 5 le 3 ^e jour.
1		Hémorrh. abondante. Décollement partiel. Adhérences de cotylédons supplémentaires.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE TOTALE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta	SUITES
1892	943	T	8 à 9	GT Siège mode des fesses	14 h.	1 h.	Sp. à D. C.	2820 g.	immé- diat		N
—	643	T	9 mois	OIDP	9 h. 50	1 h. 50	précoce	3110	1 h. 10	350 gr.	N
—	675	T	8 à 9	OIDP	2 h. 30	1 h.	précoce	2570	1 h. 50	400	N
—	1074	T	8 mois	OIGA	15 h.	1 h. 35	art. à D. comme 5 fr.	2450	2 h. 20	500	P
1893	60	G	8 à 9	OIDP	18 h.	15 m.	art. à D. C.	2950	35 m.	310	N
—	240	T	8 à 9	OIDP	21 h.	45 m.	tempestive	2900	1 h. 15	400	N
—	802	G	à terme	OIGA	10 h.	1 h.	prématurée	3390	1 h. 35	325	N
—	901	T	8 à 9	OIGA	6 h.	2 h. 15	art. à D. C.	2920	50 m.	530	N
—	1137	T	à terme	OIDP	8 h. 30	2 h. 25	précoce	3030	1 h.	500	N
—	1186	T	8 à 9	SID	28 h 30	1 h. 15	précoce	4220	1 h. 30	530	P
—	1520	G	à terme	SIGT	9 h.	1 h.	art. à D. C.	3880	15 m.	650	N
—	1724	T	8 à 9	OIGP	23 h 45	2 h. 35	prématurée	2250	2 h. 45	370	N
—	1736	G	à terme	OIDP	9 h. 20	3 h. 5	précoce	3810	4 h.	530	N
1894	83	T	à terme	OIGP	8 h.	1 h. 40	art. à D. C.	4030	3 h.	550	N
—	194	T	8 mois	OIDP	29 h.	35 m.	art. à D. C.	2740	1 h. 45	440	P
—	271	T	à terme	OIGA	13 h.	5 h. 15	prématurée	3180	1 h. 15	420	N
—	1115	T	à terme	OIGA	7 h. 15	1 h. 15	art. à D. C.	3270	45 m.	500	N
—	1184	T	à terme	OIGA	20 h.	3 h.	art. à D. C.	3040	1 h. 10	530	N

Partie A. — PRIMIPARES (Suite)

Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS
moins de 48 h.	plus de 48 h.	
		Extraction du siège. Cephalématome. Malformation du vagin et de l'utérus. Adhérences plac. partielles. Ecoulement sanguin permanent. Hémorrh. Insertion vélamenteuse du cordon. Quelques difficultés pour introduire la main au niveau de l'orifice rétracté. Durée de l'opération 20 m.
1		Adhérences partielles du plac. ; hémorrh. pl. en raquette. Adhérences partielles du plac. à face ant. et corne droite de l'utérus, hémorrhagie. Adhérence du plac. dans un rétrécissement limité à la corne gauche. Ecoulement sanguin continu. Adhérences partielles du plac. hémorrh. 37° 8 le 5 ^e jour : crevasses des seins. Membranes 34/7. Hémorrhagie. Expression utérine. Adhérence d'une partie du plac. alors que la presque totalité est au dehors des voies génitales.
1		Hémorrh. interne. Adhérence des membranes vers la corne droite. Adhérence d'une partie du plac. dont le reste fait issue hors de la vulve. Les cotylédons adhérents au niveau d'un fibrome de la grosseur d'une noix qui fait saillie dans la cavité ut. Enchatonnement partiel d'un lobe du plac. bilobé au niveau de la corne droite. Plac. retenu dans le vagin suspendu par un épais faisceau de membranes aboutissant à un cotylédon accessoire adhérent à la face ant. de l'utérus. Pas d'hémorrhagie. Dél. artif. pour hémorrhagie par inertie utérine. Plac. en partie adhérent au niveau de la corne utérine gauche. Lymphangite du sein le 6 ^e jour 38°. Membranes 39 1 Hémorrhagie abondante. Un cotylédon et les membranes adhérents. Utérus à deux reprises distendu par des caillots. Plac. en partie adhérent. Les membranes se déchirent dans l'extract. du plac. On réintroduit la main dans l'ut. pour les enlever. Hémorrhagie : caillots recueillis 1.000 gr. Cotylédon, pla. adhérent dans la corne droite de l'utérus et plac. en partie engagé dans le vagin. Insertion marginale du cordon.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE au bout de	POIDS du placenta	SUITE de couches
1894	1478	T	8 à 9	OIDP	23 h.	2 h. 20	art. à D. C.	2700 g.	3 h.	680 g.	N
—	1496	T	à terme	OIGA	32 h.	1 h. 25	art. à D. C.	3900	55 m.	600	N
—	1520	T	7 à 8	OIGA	4 h.	1 h.	prématurée	3100	1 h. 45	350	N
—	1819	T	à terme	OIDP	23 h.	6 m.	art. à D. C.	4070	45 m.	550	P
—	2040	T	à terme	OIGA	12 h.	4 h.	précoce	3580	45 m.	450	N
—	2031	T	8 à 9	OIGA	?	1 h. 30	art. au C. du travail	3080	45 m.	580	N
1895	188	T	8 à 9	OIDT	17 h.	2 h. 30	art. à D. C.	3100	40 m.	630	N
—	281	T	à terme	?	?	1 h. 45	art. à D. C.	3310	30 m.	450	P
—	574	T	8 à 9	OIGA	6 h. 30	35 m.	précoce	4120	45 m.	?	N
—	548	T	à terme	OIDP	11 h.	1 h. 45	art. à D. C.	2960	15 m.	440	N
—	801	T	à terme	OIDP	7 h. 30	2 h. 35	art. à D. C.	3700	20 m.	340	N
—	1223	T	à terme	OIGA	5 h.	45 m.	prématurée	2850	3 h.	500	N
—	1319	T	à terme	OIGA	17 h.	3 h. 10	précoce	3300	2 h. 45	530	N
—	1373	G	à terme	siège mode des fesses	28 h.	1 h. 45	art. à D. C.	3450	15 m.	540	N
—	1433	G	à terme	OIGA	37 h.	1 h. 30	Tempestive	3100	15 m.	530	P
—	1848	G	à terme	siège mode des fesses	13 h.	10 m.	précoce	2870	15 m.	460	N
1896	53	T	à terme	OIGA	22 h.	1 h. 30	art. à D. C.	2850	1 h.	470	N
—	70	T	8 à 9	OIGA	4 h.	40 m.	précoce	2920	4 h. 30	445	N

Partie A. — PRIMIPARES (Suite).

Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS
moins de 48 h.	plus de 48 h.	
		Présentation du plac. par bord. Plac. retenu par deux cotylédons adhérents.
		Hémorrhagie après délivrance par expression. Deux cotylédons retenus dans l'utérus
		Hémorrhagie. Plac. en partie adhérent sur épéron saillant du fond de l'utérus et dans corne droite.
1		Dél. art pour hémorrhagie et adhérence partielle du plac. Températ. max. 38° 5. Lymphangite du sein.
		Hémorrhagie. Fibrôme utérin gros comme une mandarine sur face post. de l'utérus
		Hémorrhagie 30 minutes après l'accouchement.
		Hémorrhagie.
1		Eclampsie. Etat comateux. Dél. art. pour hémorrhagie.
		Plac. adhérent sur une petite étendue.
		Dél. artif. pour hémorrhagie.
		Dél artif pour hémorrhagie grave. Place inséré sur la face post. de l'utérus.
		Femme albuminuriq. Dél. artif. pour hémorrhagie int. La femme ne perd pas de sang par la vulve. Memb. 30/9.
		Dél. artif. pour hémorrhagie. Pouls à 120. Memb. 26/5.
		Dél. art. pour hémorrhagie interne.
1		Dél. art. pour hémorrhagie. 7 ^e jour seulement temp'rat. vespérale 39° 8. Memb 31/12.
		Volumineux fibrôme segment inf. de l'utérus.
		Hémorrh. abondante. Plac. en partie décollé surtout adhérent sur la paroi post.
		Pas d'hémorrh. Plac. adhérent sur la paroi ant. et en bas bien qu'on arrive sur l'insertion du cordon au plac.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE TOTALE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta	SUITES de couches
1896	1103	T	à terme	OIDP	18 h.	2 h.	art. à D. C.	2935 gr.	1 h. 25	460 gr.	N
—	1113	T	à terme	OIGA	16 h.	2 h. 50	art. à D. C.	3480	1 h. 5	420	P
—	1205	T	à terme	OIGA	19 h 30	1 h. 45	précoce	2860	2 h. 15	480	N
—	1236	G	8 à 9	Siège	10 h.	10 m.	précoce	2700	4 h. 45	350	N
—	1253	T	à terme	OIDP	10 h.	2 h. 15	précoce	2670	2 h. 10	380	N
—	1379	T	8 à 9	OIGA	11 h.	20 m.	art. à D. C.	3020	3 h. 30	350	P
—	1502	T	à terme	OIGA	20 h.	4 h. 35	prématurée	3450	1 h. 40	425	P
—	1659	G	à terme	OIGA	7 h.	15 m.	art. à D. C.	2630	35 m.	350	N
—	1891	T	8 à 9	SIDP	16 h.	15 m.	prématurée	2550	1 h. 55	350	P
—	2177	T	?	OIGA	24 h.	40 m.	précoce	1580	1 h. 55		P

Partie A. — PRIMIPARES (Suite)

Température ayant dépassée 38°		OBSERVATIONS
moins de 48 h.	plus de 48 h.	
		Hémorrh. après l'accouchement. Femme albuminuriq. pendant grossesse.
1		Hémorrh. 25 minutes après accouchement. Plac. adhérent à la paroi post. de l'ut. Rétention des membranes.
		Plac. en partie décollé, très adhérent au niveau de la corne droite. Hémorrhagie abondante.
		Pas d'hémorrhagie Plac en partie décollé. Memb. 20/8
		Hémorrh. 520 gr. de caillots. Plac. adhérent au niveau de la corne droite.
1		Plac. en partie décollé. Hémorrhagie. Températ. dûe à lymphangite du sein.
4		Hémorrhagie.
		Hémorrh. à répétit. pend. gross. trav et délivr. Insertion vicieuse du plac.
1		Del. artif. pour hémorrhagie.
1		Femme syphilitiq. Dél. art. pour hémorrh. Currettage post. partum.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	PARITÉ	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE TOTALE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des MEMBRANES	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta
1890	19	II	T	à terme	OIGT	14 h.	45 m.	prématurée	3030 g.	30 m.	300 gr.
—	208	II	T	à terme	OIGP	15 h.	2 h.	art. à D. C.	4270	2 h.	510
—	919	VIII	T	8 à 9	OIDA	2 h. 40	10 m.	précoce	3060	3 h.	600
—	1009	III	G	8 à 9	OIDT	12 h. 40	?	?	2640	1 h. 40	550
—	1175	V	T	7 à 8	OIGA	5 h. 40	5 m.		3670	1 h. 30	440
1891	488	II	T	à terme	OIGT	18 h.	10 m.	sp. à D. C.	3520	20 m.	?
—	698	II		à terme			25 m.	sp. à D. C.	3650	2 h.	440
—	736	II		à terme	OIGA		35 m.	prématurée	3350		530
—	849	II	T	7 à 8	OIDT	7 h. 55	1 h. 25	sp. à D. C.	2250	1 h. 25	470
1892	78	VI	T	à terme	OIGT	2 h. 4	20 m.	précoce	3800	30 m.	
—	441	II	T	8 à 9	OIGT	5 h. 10	1 h. 10		3180	30 m.	590
—	627	X	T	8 à 9	OIGT	9 h. 25	18 m.	art. à D. C.	3430	40 m.	610
—	953	II		à terme	OIGA	40 h.	30 m.	art. à D. C.	2720	1 h.	470
—	981	III		8 mois	OIGA				1950	3 h.	350
—	1256	IV		à terme	OIDP	9 h.	8 m.	art. à D. C.	3090	30 m.	480
—	1735	IV		à terme	OIGT	10 h.	2 h.		3430	35 m.	680
1893	100	II		à terme	OIDA	14 h. 40	5 m.	prématurée	3450	1 h. 25	370
—	174	VII	T	à terme	OIDT	5 h. 40	10 m.		3300	40 m.	410
—	302	II	T	à terme	OIDP	14 h. 45	1 h. 45	art. à D. c. pièce de 5 fr.	3540	3 h. 30	475

Partie B. — MULTIPARES

Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS	
moins de 48 h.	plus de 48 h.		
			Hémorrhagie vers le 3 ^e mois de la grossesse. Placenta adhérent au niveau de la corne utérine droite. Un cotylédon manque ; on réintroduit la main dans l'ut. pour en faire l'extraction. Il pesait 12 gr. et adhérait fortement à l'ut.
			Hémorrhagie légère après l'expulsion. Plac. non engagé. Cathétérisme vésical qui retire 60 gr. d'urine sans y favoriser engagement du plac. Memb. 36/8.
		4	Insertion vicieuse du plac. Hémorrhagie au cours de la grossesse, du travail.
		4	Adhèrece totale du plac. Plac. en raquette.
			Bassin vicié. Femme albuminurique. Délivr. art. pour hémorrhagie. Foyer hémorrh. dans plac.
37°9	le 6 ^e jour		Dél. art. pour hémorrhagie. Lymphangite du sein.
			Bassin annelé. Déliv. spont. incomplète. Hémorrhagie abondante nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus pour chercher un cotylédon adhérent.
		4	Dél. art. pour hémorrh. Opération longue (35 m.) et difficile. Plac. dont un cotylédon seul détaché, très adhérent. Difficultés pour franchir l'orif. int. déjà revenu sur lui-même.
		4	Dél. art. pour hémorrhagie. Plac. sur segment inf. complètement décollé. Memb. 20/2.
		4	Extraction manuelle du placenta décollé et retenu dans l'utérus. Memb. 27/3.
		4	Dél. art. pour hémorrhagie, 1.500 gr. de sang environ. Plac. adhérent par son bord sup. à face ant. de l'utérus.
			Dél. art. pour hémorrh. Memb. 28/0.
		1	Dél. art. pour hémorrh. Plac. adhérent en partie à la face ant. de l'utérus et offrant en son milieu une dépression formée de tissu dégénéré qui faisait croire à l'absence d'un cotylédon.
		4	Dél. art. pour hémorrh. Plac. en partie adhérent à face ant. de l'ut. Décollement lent et difficile.
		4	Dél. art. pour hémorrh. Plac. dont une petite partie était décollée adhérait au niveau de la corne ut. droite. Insertion vélamenteuse. 4 ^e jour seulement. T. 38° 8.
			Dél. art. pour hémorrh., 1.070 gr. de sang perdu. On dû réintroduire la main pour enlever quelques débris de plac. restés adhérents à la corne droite de l'utérus
			Hémorrh. légère au cours de la grossesse. Dél. art. pour hémorrhag. Plac. étalé en anneau sur face post. le bord lat. droit et la face ant. de l'ut. Main introduite à trois reprises pour enlever des fragments de plac. restés adhérents.
37°9	le 8 ^e jour.		Hémorrh. de la déliv. 70 gr. de sang. Utérus cordiforme, fibromateux. Plac. adhérent dans une partie de son étendue dans la corne ut. droite. 37° 9 le 8 ^e jour. Crevasses des seins.
38°	les deux premiers jours		Hémorrh. au cours de la grossesse. Délivr. spontanée quelques instants après l'expulsion. Hémorrh. grave. Compression de l'aorte. Introduction de la main dans l'ut. et décollement de trois cotylédons supplémentaires.
			Distensions successives de l'utérus par des caillots. Adhèrences du plac. sur la corne gauche et la face ant. de l'utérus. Memb. 28/4.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	PARITÉ	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE TOTALE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta	SUITES DE COUCHES
1893	339	II		à terme	OIDT		4 h.	art. à D. C.	4550 g.	30 m.	760 gr.	P
—	56	III	T	8 mois	OI ?	9 h. 5	5 m.	prématurée	2850	10 m.	470	P
—	617	XII	T	à terme	OIGT	6 h. 15	30 m.	prématurée	3850	4 h.	700	N
—	783	III	G	à terme	OIGA	?	45 m.	art. à D. C.	3670	30 m.	590	
—	1446	II	T	8 à 9	OI ?	2 h. 30	5 m.	art. à D. C.	3050	2 h. 25	410	N
—	1684	III	T	à terme	OIDT	9 h.	20 m.	art. à D. C.	3430	1 h. 10	460	N
—	1785	III	T	à terme	SIGT	8 h.	25 m.	précoce	3020	1 h. 50	440	N
1894	186	II	T	8 mois	OIGA	10 h.	10 m.	tempestive	2710	2 h.	500	N
—	243	II		8 mois	OIGA	6 h. 25			2480	2 h.	330	
—	732	II		à terme	OIGA	2 h.	15 m.		4100	15 m.	640	
—	1313	II		8 m. 1/2	OIDT	30 h. ?	1 h. 35	tempestive	3050	2 h. 40	430	N
—	1358	IV		à terme	OIDP	9 h. 30	5 m.		3570	1 h. 45	550	P
—	1796	VIII		à terme	OIDT	6 h.	2 h. 30	prématurée	3520	2 h.	640	N
—	2074	III		à terme	OIGT	20 h.	1 h.	précoce	3870	1 h.	60	N
1895	90	II		8 mois	OIDP	8 h. 10	10 m.	art. à 2 fr.	2070	50 m.	370	P
—	364	II		8 mois	OIDP	5 h. 45	1 h. 15	prématurée	2670	35 m.	420	N
—	846	XIII		à terme	OIDP	16 h.	1 h. 30		4280	20 m.	760	P

Partie B. — MULTIPARES (Suite)

Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS
moins de 48 h.	plus de 48 h.	
1		Hémorrh. int. Par expression 1.000 gr. de caillots. Plac. presque complètement adhérent à face post. de l'ut. Retention des membranes. Temp. max. 38° 2 le 40 ^e jour. Crevaisses des seins. D. A. à sa première grossesse. V. obs. n° 338. Année 1890. Primipare.
1		Plac. sur le segment inf. Hémorrh. au cours de la grossesse. Hémorrhagie grave au cours du travail. Procidence du cordon. Enfant mort au cours du travail. Hémorrh. de la délivrance. Memb. 43/0.
		Bassin vicié. Dél. art. lors des deux derniers accouchements. Inertie utérine après acc. sans hémorrhagie. Difficultés pour franchir l'orifice utérin. Plac. complètement adhérent. Décollement lent (20 minutes) et difficile, changement de main à 3 reprises. Plac. large et étalé avec cotylédon suppl.
38° un seul jour		Dél. artif. par hémorrhagie. Une moitié du plac. adhère à partie sup. de la face ant. de l'utérus. Décollement demande quelque insistance. Plac. avec cotylédon accessoire. Congestion pulm. le 2 ^e jour avec temp. de 38° un seul jour.
		Dél. art. pour hémorrh. Décollement long (20 minutes) et difficile. (La main droite fatiguée cède la place à la gauche).
		Malformation utérine. Développement anormal de la corne droite.
		Hémorrh. interne. Plac. en partie adhérent à la corne gauche de l'utérus.
		Dél. art. pour hémorrhagie. Plac. en grande partie adhérent au niveau de la corne droite de l'ut.
P. un seul jour 38°5		Dél. art. à son premier accouchement. Hémorrh. légère mais continue après l'expulsion. Plac. adhérent à la face ant. et à corne gauche de l'ut.
37°9 le 4 ^e jour		Dél. art. pour hémorrh. Plac. adhérent au fond de l'ut. Temp. max. 37° 9 le 4 ^e jour.
		Dél. art. pour hémorrhagie.
4		Dél. art. pour hémorrh. Plac. adhérent dans grande étendue de face post. et inf. de l'utérus. Insertion vélamenteuse du cordon. Temp. max. 38° 2 le 5 ^e j.
		Délivrance pour non décollement du placenta. Memb. 37/7.
		Dél. artif. pour hémorrhagie.
1		Hydramnios. Insertion vicieuse du plac. Hémorrh. au cours de la grossesse, du travail et de la délivrance.
		Dél. artif. lors de son premier accouchement. Dél. art. pour hémorrh.
1		Dél. art. pour hémorrh. Temp. max. 38° le 6 ^e jour seulement. Memb. 37/4.

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	PARITÉ	ENTRÉE	TERME de la grossesse	PRÉSENTATION et position	DURÉE du travail	DURÉE de l'expulsion	RUPTURE des membranes	POIDS du fœtus	DÉLIVRANCE faite au bout de	POIDS du placenta	SUITES DE COUCHES
1895	866	II		7 m. 1/2	OIGA		40 m.	art. à D. de 1 f.	1250 g.	2 h. 30	330 gr.	N
—	983	IV		à terme	OIGA	6 h. 25	25 m.	précoce	1000	50 m.	520	N
—	1594	III	T	à terme	OIDP		1 h. 20		3820	2 h. 30	570	P
—	1796	XI	T	6 à 7	Femme accouchée en voiture.				2050	3 h. 45	300	N
—	1937	II		7 mois		10 h. 55	25 m.	art. à D. C.	2350	1 h. 40	325	P
—	1938	XIII		à terme	OIDP	7 h. 1/4	5 m.	art. av. Trav.	3230	?	550	P
1896	48	III	T	à terme	OIGA	7 h. 40	25 m.	art. à D. C.	3855	55 m.	610	P
—	79	III	T	8 mois	OIGA	3 h. 40	10 m.	art. à D. C.	2700	?	450	N
—	611	II	G	à terme	OIGT	7 h.	35 m.	prématurée	3200	1 h. 50	480	P
—	851	III	G	à terme	OIGA	10 h.	25 m.	prématurée	3850	10 m.	650	P
—	1365	V	G	à terme	OIDP	2 h. 35	15 m.	prématurée	4110	1 h. 55	540	P
—	1462	II	G	8 à 9	OIGA	4 h.	25 m.	art. à D. C.	2570	15 m.		P

Partie B. — MULTIPARES (Suite)

Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS
moins de 48 h.	plus de 48 h.	
		Délivr. art. pour hémorrhagie.
		Plac. adhérent à face post. de l'ut. qui présente à ce niveau un volumineux fibrome.
1		Hémorrh. Plac. adhérent à face ant. de l'ut. Temp. max 38° un seul jour. Hémorrhagie.
1		Hémorrh. Décollement difficile qui nécessite deux fois l'introduction de la main dans l'utérus.
1		Hémorrh. graves avant le début du travail. Ballon Champetier. Dél. artif. immédiate Temp. max. 38°. Lymphangite du sein.
1		Délivr. artif. pour hémorrh. lors de sa dernière grossesse. Hémorrh. abondante après acc. Insertion vélamenteuse du cordon.
		Délivr. artif. à son accouchement ant. Cotylédon aberrant enfermé dans la corne gauche de l'ut. au-dessous de laquelle il existait un anneau de contraction. Memb. 24/45.
1		Hémorrh. aussitôt après l'expulsion du fœtus 38° le 3 ^e jour et 38° 2 le 1 ^{er} . Lymphangite du sein.
1		Gros œuf. Rupture prématurée. Liq. amniotiq. très fétide. Délivr. artif. immédiate. Temp. normale les 11 premiers jours. Memb. 39/4.
4		Dél. artif. pour hémorrhagie.
		Femme morte. V. obs. II, p. 00

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

ANNÉES	NUMÉROS	PARITÉ	TERME de la grossesse	RUPTURE de la 1 ^{re} poche	PRÉSENTATION et posit. du 1 ^{er} fœtus	DURÉE de l'expulsion	POIDS du 1 ^{er} fœtus	RUPTURE de la 2 ^e poche	PRÉSENTATION et posit. du 2 ^e fœtus	DURÉE de l'expulsion	POIDS du 2 ^e fœtus	DURÉE TOTALE du travail	NOMB. ET POIDS du placenta
1890	269	VI	8 m.	prémat.	OIGA	15 m.	1640 g.	art. après expuls. du prem. fœtus	siège	5 m.	2150 g.		2
—	438	II	8 à 9		OIGA		2960		SIDA		2750		1
1891	659	I	7 à 8	prémat.	OIGA	1 h. 25	1950	—	sommet	15 m.	1890	11 h.	750 g.
1894	445	I	7 m. 1/2	artif.	OIGT	1 h. 30	2830	spont.	OIGT	5 m.	2080	12 h.	660 g.
—	2080	I	7 m.	artif.	OIDT	40 m.	1660	artif.	SIGA	40 m	1490	19 h	690 g.

Partie C. — GROSSESSES GEMELLAIRES

SUITES de couches	Température ayant dépassé 38°		OBSERVATIONS
	moins de 48 h.	plus de 48 h.	
N			Dél. artif. pour hémorrhagie.
P			Femme morte. Voir ob. I, p. 00
P		1	Dél. art. pour hémorrhagie. Phlegmatia alba dolens, le 23 ^e jour après accouchement. Femme albuminurique.
N			Dél. artif. pour hémorrhagie. Un des plac. engagé par un de ses bords, l'autre adhérent à la corne droite de l'utérus.
P	1		Dél. art. 40 m. après l'expulsion du 2 ^e fœtus, pour hémorrhagie.

CONCLUSIONS

La délivrance artificielle telle que nous l'avons étudiée est pratiquée.

1° Dans les cas d'hémorrhagie.

2° Dans les cas de non délivrance

3° Dans les cas de retention de morceaux placentaires après la délivrance.

Le manuel opératoire, facile dans la plupart des cas, offre parfois des difficultés sérieuses.

La délivrance artificielle est une opération précieuse, qui, faite avec les précautions antiseptiques nécessaires, n'augmente guère actuellement la mortalité ni même la morbidité des accouchées. Il ne faut cependant pas oublier que l'introduction de la main et de l'avant bras dans les organes génitaux et surtout dans l'utérus, peut être une cause d'infection grave. Aussi y a-t-il intérêt malgré sa bénignité à ne pas recourir à cette opération à la légère ; il est donc nécessaire d'en connaître d'une manière précise les indications.

Vu :

Par le doyen,

P. BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

PINARD.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

N.B. Outre les traités généraux d'obstétrique, les articles de dictionnaire, et les travaux signalés au cours de cette thèse, consulter :

Bartholin. De secundinarum retentione. (Copenhague, 1657.)

Hilscher. De lessione uteri ab improv. secundin. extracti. Jenae, 1741.

M^{me} de Lunel. Observat. sur l'extraction de deux placenta enkystés. *Journ. de Méd. chir*, 1756; T. XXV, p. 60.

Rock. De placentae solutione artif.

Leroy. Des pertes de sang pendant la grossesse, etc. Paris, 1803.

Duvernay. Sur les pertes utérines qui arrivent après l'accouchement; Paris, 1811.

Maygrier. Thèse de Paris, An X.

Duchâteau. Thèse de Paris, 1813.

Merschoff. De plac. solutione artif. Leipsig, 1817.

Boer. Natürliche Geburtshülfe 1817.

Caunet. De secundinarum extractione in casu inertiae matricis, Th. An XII.

Verlinden. De secundinarum extractione Lav., 1820.

Ballard. De partu secundario. Leod., 1821, in 4°

Frings. De dignitate artific. placent. solutionis, Bonn, 1830.

A. C. Baudeloque. Traité des hémorrhagies internes de l'utérus, etc., 1831.

Shorland. Rétention d'un fœtus et d'une portion du placenta, *London méd. and. Sug. Journ.* Sept., 1832. Analyse in. *Arch. gén. de méd.*, 1833.

Guillemeau. Du châtonnement du placenta. *Journ. univ. hebdom.* 1831.

Guillemeau. Remarques sur le châtonnement du placenta. *Arch. gén. de méd.* 1833. Vol II, p. 496.

- L. Sazie.** Châtonnement du placenta compliqué de la présence d'un polype fibreux dans l'utérus. *Arch. gén. de méd.*, 1833 ; p. 288. Vol. 3.
- Gandrie.** De la délivrance. Th. de Paris, 1834
- Dubroca.** Du châtonnement du placenta. *Bull. de méd. de Bordeaux*, 1835.
- Hœbecke.** Consid. sur la rétent. du plac. après accouch. *Bullet. de méd. belge* 1841 T. I. p. 16.
- Michel.** Mém. et observ. pratiques sur la délivr. tardive après l'accouch. *Bull. gén. de thérap. méd. et chir.* 1845, p. 40.
- Schnee.** De plac. in ut. retenta. Dorpat, 1847.
- Richardson.** De la retent. du placenta. *Lond. méd. Gaz.* 1850.
- Durand.** De la délivrance. Th. Paris, 1850.
- Piper.** Ueber der Verhalt. der Plac. und ihre Behandlung, 1856.
- Mattei.** Combien faut-il attendre de temps pour délivrer une femme. *Rev. de Thérap. médico-chirug.*, 1863.
- Malachard.** De la délivrance et de ses accidents. Th. Paris, 1854.
- Pajot.** Dangers de l'administration de l'ergot de seigle dans les cas de rétention du délivre *Jour. de méd. et chir. prat.*, 1860.
- Hégar.** Placental. retention. Stuttgart, 1862.
- Poll.** Ueber den Verhalt der Nachgeburt. Berlin, 1869.
- Bayle.** Délivr. artific. Th. Paris, 1864.
- Depaul.** Accidents se rattachant à l'extraction incomplète ou tardive du délivre. *Presse méd. belge*, 1871. N° 36.
- Filliol.** Quelques réflex. et quelques observ. sur la rétent. du placenta. Thèse Strasbourg, 1869.
- Guéniot.** Des adhérences anormales du placenta *Arch. de Tocol.*, 1874.
- H. F. Fabbrie.** Sur l'extract. du placenta incarcerated. Note clinique. *Revista clinica*, 1873, p. 411.
- E. Bouqué.** Nouv. observat. de rétent. du placenta guéri par le sulfate de quinine. *Bull. de Soc. de méd. de Gand*, 1873, p. 251.

- Bedford Brown.** Adhér. du placent. comme sympt. d'une diathèse rhumat. *Philadelph. Méd. and Surg. Reporter*, 1874 (Août).
- Vanwerts,** Quelques remarq. crit. sur un cas d'adh. anorm. du plac. *Bull. méd du Nord*, 1875.
- Henrot.** Délivr. tardive, putréfact. du placenta. Injections intra-utérins. Guérison. *Bull. Soc. méd. de Reims*, 1874, p. 27.
- A. Baader.** Quelles faits de rétent. du plac. suivis de mort. *Corresp. Blatt. für Schweiz. Aertzte*, 1875, p. 502.
- P. Fournaise et d'Heurle.** Adhér. anorm. du plac. *Gaz hebdom.*, 1875, p. 308.
- Hamilton Roe.** Cas de rétent. placenta. *Dublin Journ. of Méd. Sciences*, 1876, p. 469.
- Vignon.** Abscess de la trompe, etc. à la suite d'une rét. plac. *Union méd. du Nord-Est*, 1877.
- Hervieu.** Rétention placentaire de 21 jours. *Arch. de Tocol.*, 1877.
- Novi.** Rét. plac. *Ann. clin. del. Osped. incur.*, 1877.
- Albert-Louis.** Des adher. anorm. du plac. Th. Paris, 1878.
- Vandam.** Ret. plac. de six mois. *Presse med. belge*, 1878.
- Salin.** Manualloesung der Placenta. *Centr. Blatt. für Gyn.* 1879.
- Veit.** Therapie der Verhalt. von Eiresten. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, Band I, S, 413.
- Ebell.** Uben den Verhalt. von Placentaresten nach rechtzeitigen Geburten. *Berliner Beitr. z. Gyn. und Geb.* 1874, III, p. 57.
- Laville.** Inertie utérine survenant au moment de la délivrance alors que le placenta est partiellement décollé p. 171. *Ann Gyn.* Mars 1878.
- Luton.** De la rétention du plac. par la pression atmosphérique *Gaz., obst.* 5 oct. 1877.
- Hugh. Davies.** Rétention duplac. *Brit. Méd. Journ.* 25 mai, 1878.
- Trush.** Cas de rétention morbide du placenta après un accouchement à terme. *Améric. Journ. of obst.*, juillet 1878 p. 561.

- Grollemund.** Quelques cas de délivrance anormale, *Rev. Méd. de l'Est*, 1^{er} janvier 1879.
- K. Spender.** Prophylaxie de l'hémorrh. post-partum. *Lancet*, 1879, vol. 1.
- Cook-Weir.** Prophylaxie de l'hémorrh. post-partum id. p. 214.
- Mauritz Salin.** Du décollement artificiel du plac. et des débris de l'œuf restés dans l'utérus. *Nord. méd. Arkiv.* 1879. Bd. X n° 8 et 15.
- Hickinbotham.** Pince forceps pour l'extraction du plac. *Lancet.* vol. II, 1879.
- Jules Heller.** Sur la rét. partielle méconnue du plac. et des membr. *Correspondenzblatt. für Schweiz Aertzte* 1876, p. 529.
- Ricci.** Rétent. plac. par adhé. anorm. et forme bilobée de l'ut. Il Morgagni 1879.
- Chadwick.** Notes sur un utérus avec plac. adhé. provenant d'une femme récemment accouchée. *Améric Journ., of. obst.* Vol. X 1877, p. 448.
- Trush.** Obs. de rétent. du placenta à la suite d'un accouchement à terme avec remarques. *Améric, J. obst.* 1877, p. 389.
- Lechevallier.** Essai sur la réten. plac. Th. Paris 1877.
- Gummings.** De l'adh. du plac. *Lancett.* 1880.
- Runge.** Die Leitung der Nachgeburtsperiode. *Berlin. Klin. Wochensch.* 1880, n° 44.
- Nègre.** De la rétent. du placenta. Th. Paris 1880.
- Crédé.** Zur Behandl. der Nachgeb. *Deutsche méd. Wochensch.* 1880, n° 45.
- Dohrn.** De la délivrance *Deut. méd. Woch.* 1880. n° 41 et 1881.
- Milhau.** Essai sur l'enchâtonnement du placenta. Th. Montpellier, 1882.
- Fehling.** Zur Frage der zweckmässigsten Behandl. der Nachgeburstszeit. *Centralbl für Gynéc.* 1880. N° 25.
- Spiegelberg.** Zur Leitung der Nachgeburstperiode *Deut. Méd. Woch.* 1881, n° 4.
- Luc.** Septicémie par rétent. placent. *Soc. anat.* 1881.

- Kinloch-Paterson.** De la rétention utérine et de la position à prendre après la délivrance. *Glasgow méd. Journ.* 1882.
- E. Sanders.** Trois cas de retent. plac. *Medical News*, 1882.
- Braxton-Hicks.** Obs. de retent. du plac. *Brit. med. Journ.*, 1882. t. II. p. 123.
- Cazzani.** Insertion vicieuse du plac. avec adhér. *Ann. univ. de Med. et Chir.*, 1882.
- Hergott.** Enchatonn. du placenta. *Ann. de Gyn.*, 1882.
- Rambaud.** De la rétention du plac. après acc. et avort. Th. Paris, 1883.
- Bource.** Délivrance normale et pathologiq. Th. Paris, 1882-83.
- Klein.** Hémorrhagie à la suite d'une délivrance tardive. *Wiener Med. Woch.*, 1883.
- C. W. Reid.** Deux cas de rétent. plac. *Glas. med. Journ.*, 1883.
- Mestingh.** Rétention placentaire. Th. de Giessen, 1884.
- Garrigues.** L'extraction du plac. *Med. News*, 1884.
- Lacordelle.** Rétention du plac. Th. Montpellier, 1884.
- Lange.** Sur une variété particulière de rétention du plac. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 1884.
- Torrès-Mendiola.** Contr. à l'étude de la rétention du plac. Th. Paris, 1885.
- Stadfelot.** Die Beh. der Nachgeburtspériode. *Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 37.
- Doe.** Rétention plac. *Bost. med. a. surg. Journ.*, 1884, p. 436.
- Haussmann.** Ein Fallv. Verhaltung emer Placenta succent. *Berl. Klin. Woch.*, 1883, n° 40.
- Pajot.** Rétention du placenta dans l'utérus. Statistique. Conduite à tenir. *Gaz. des Hôpitaux et Arch. de Tocol.*, 1886.
- Schauta.** Blutverlust bei der Geburt. *Wien. med. Blätter*, 1886, n° 11 et 13.
- Tournay.** Th. Agr. Bruxelles, 1887.
- Freund.** *Tageblatt der 60. Versammlung. deutscher. Naturforscher Wiesbaden*, 1887.
- Werth.** *Physiol. und Detik, der Nachgeburtspériode in P. Müllers Handb. der Geburtshülfe Bd 1.* 1888.

Demelin. Th. Paris, 1888.

Lessona. Del secudamento artificiale Turin, 1887 (analysé in *Arch. de Tocol.* 1888).

Gehe. Enkystement du plac. *Nouv. Arch. d'Obst.*, 1888.

Turazza. De sulla retentione della placenta. *Gaz. degli Osp.* 1888, p. 630.

Ratazzi-Domenici : Delivr. artif. *Giornale per le Levatrici*, 1888 (30 mai).

Ahlfeld. Abwartende Methode oder Crede'scher Handgriff, Leipzig, 1888.

Mme Klasson. *Ann. de gynéc.*, 1889.

Labusquière. Rétention d'une portion de placenta dans un accouchem. à terme. Hémorrhagie secondaire grave. Tamponnement. Guérison. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1889.

Freund. De la retent. plac. consécutive au resserrement de l'anneau de contraction *Zeitschrift f. Geb. und gyn.* 1889.

Castan. Curettage de l'utérus dans les rétent. plac. Thèse Paris, 1888-89.

Ahlfeld. Des causes de la rétention placent. *Zeitschrift f. Geburtsh.* 1889.

Budin. De la délivrance artificielle, *Progrès méd.*, 1889.

Zinnstag. Beitrag zum Mechanismus der physiol. Lösung der Plac. *Arch. f. gyn.* t. XXXIV (1889).

Berry-Hart. Placenta adhérent : pathologie, sympt. trait. *Édimb. Med. Journ.*, mars, 1889.

Carrel. Retained placenta due to spasmodic contraction of the uterus *Med. and Chir. Rep. Phila.* 1889.

Labusquière. Hémorrhagie secondaire grave par suite de délivrance incomplète après un accouchement à terme. *Annales de gynécologie*, février 1889.

La Torre. Compression de l'aorte dans l'hémorrhagie post-partum. *Nouv. Arch. obst. et gyn.*, 1889, 153-187.

Verrier. Observat d'enchatonnement avec adhérences anormales du placenta. Délivrance incomplète. Septicémie puerpérale. Guérison par injections intra-utérine et vaginales antiseptiques. *Rev. méd.-chir. des maladies des femmes*, 1889.

- Clarke**. Plac. adhérent. Cause et traitement. *Americ. assoc. of Obst.* 1890.
- Thevard**. Retent. plac. chez une femme ayant un utérus et un vagin double. *Nouv. arch. d'Obst.*, 1890.
- Barnay et Roland**. Retent. plac. compl. avec adh. etc., *Arch. de Toc.*, 1890.
- Czempin**. Conduite à tenir pend. délivr. *Berl. Klin. Woch.* 1891.
- Meola**. Retention du plac. Giorn, internat. dell. Sc. méd., 1891.
- Eliot**. Plac. adhérent *Ann. de Gyn. Toledo*, 1892.
- Lambinou**. Un cas de rétention du plac. *Journ. d'acc. Liège*, 1892.
- Chaleix**. Dystocie de la Délivrance : *Ann. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 1892.
- Schröder**. Ret. du plac. Etiol. prophylaxie et traitement. *Centralblatt f. Gyn.* 1893.
- Kleinschmidt**. Über künstliche Entfernung der Nachgeburt *Centr. f. Gyn.* 1893 p. 905.
- Gilis**. Obs. d'un cas de retent. et adhér. du plac. avec spasme de l'utérus. Délivr. art. 11 heures après la sortie de l'enfant. *Gaz. hebd. de Paris*, 1894.
- Galland**. Placenta retenu dans l'utérus pendant un an. Hémorrh. Irrigat. *Méd. Rec.* Mai 1895.
- Neumann**. Des adhérences plac. *Monatschrift f. Obst. und Gyn.* Oct. 1896.
- Gottschalk**. De la rétention des plac. avec rétraction prématurée de l'orifice du col dans les acc. à terme grâce à une petitesse anormale du plac. *Berlin. Klin. Wochensch.* Mai 1896.
- Gibert**. Retent. plac. datant de 18 mois. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1896.
- Schaolfeld**. Placentite ; plac. retenu : *Americ. Journ. of Obst.* 1896.
- Abel**. Traitement des hémorrh. utérines par rétention plac. Soc. de méd. de Berlin (analysé in *Semaine méd.* 10 mars 1897:)

